

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1931

TOME DEUXIÈME



ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE REDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,
H. CLAUDE, G. DE CLÉRAMBAULT, COURBON, A. DELMAS, DEMAY,
G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPFL,
LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE,
R. MALLET, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART,
RAYNIER, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SEMELAIGNE, SÉRIEUX,
Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

XIII^e SÉRIE — 89^e ANNÉE — 1931
TOME DEUXIÈME



90152

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN



TABLE DES MATIÈRES

TREIZIÈME SÉRIE — 89^e ANNÉE — TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1931

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Les rapports de l'hypocondrie et de la constitution paranoïaque, par M. F. Achille DELMAS.....	1
Psychoses de sensibilisation, par Mmes C. PASCAL et Andrée DESCHAMPS...	8
L'autohémothérapie dans le traitement des maladies mentales, par M. M. DESRUELLES et Mlle Agnès CHIARLI.....	21
L'anxiété dans la démence précoce, par MM. R. DUPOUY et H. PICHARD.	117, 229
Délire spirite. Ecriture automatique, par MM. J. LÉVY-VALENSI et Henri Ey.....	126
Homosexualité postencéphalitique, par MM. P. SCHIFF et J. O. TRELLES...	239
Hypocondrie, guérisseurs et psychologie des masses, par M. AMELINE...	248
Ballet (Louis-Gilbert-Simon), par M. René SEMELAIGNE.....	357
Les toxicomanies (considérations psychologiques et thérapeutiques), par M. O.-L. FOREL.....	362
L'illusion des sosies (Une nouvelle observation du syndrome de Capgras), par MM. E. LARRIVÉ et H.-J. JASIENSKI.....	501
Ecrits « inspirés » : schizographie, par MM. J. LÉVY-VALENSI, Pierre MIGAULT et Jacques LACAN.....	508
Sur un cas de paralysie générale à évolution continue et prolongée (22 ans), par MM. P. LÔO et DONNADIEU.....	523

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Pages

Bureau pour 1931. Liste des Membres actuels, des Présidents et Secrétaires généraux depuis la fondation.....	272
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Séance du jeudi 11 juin 1931

Mycœdème et troubles mentaux chez une syphilitique , par MM. R. DUPOUY et G. d'HEUCQUEVILLE.....	26
Pseudo-suicide par dépit , par M. P. COURBON.....	32
Bouffée délirante de persécution par transplantation sociale et caféisme , par MM. P. COURBON et J. TUSQUES.....	36
Délire spirite. Ecriture automatique , par MM. LÉVY-VALENSI et Henri EY.....	39
Syndrome pluri-glandulaire tardif , par MM. H. CLAUDE, Pierre BOURGEOIS, P. MASQUIN et CUEL.....	40

Séance du lundi 22 juin 1931

Correspondance.....	49
Invitation de The Royal Medico-Psychological Association.....	47
Réception de nouveaux membres associés étrangers.....	47
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.....	47
Election de membres correspondants nationaux.....	47
Poliencéphalite supérieure hémorragique de Wernicke. Syndrome inférieur du noyau rouge (type H. Claude) et syndrome de Parinaud. Xantochromie du liquide céphalo-rachidien , par M. G. PETIT.....	48
Psychopathie infectieuse polymorphe. Cataplexie, narcolepsie, danse du ventre, catatonie, épilepsie, etc. Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien , par MM. G. PETIT et P. HUMBERT.....	54
Syndrome strié avec démence affective chez une paralytique générale humoralement guérie par la malariathérapie , par MM. H. MIGNON, M. LEULIER et J. PICARD.....	61
Encéphalopathie survenant après une pyélonéphrite. Episodes neuropsychiatriques successifs de localisation frontale et cérébelleuse. Syndrome de psychose hallucinatoire. Guérison , par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre KAHN.....	66
Epilepsie réflexe d'origine intestinale par corps étranger. Un cas suivi de guérison persistante , par MM. G. MAILLARD et H. CODET.....	69
Du délire aigu à l'encéphalite épidémique ; leucocytose progressive du liquide céphalo rachidien ; Azotémie régressive chez les malades alimentés , par M. Camille POUFFARY.....	77
Phénomènes d'inversion sexuelle ou d'intersexualité psychique et somatique en rapport avec des altérations de la région infundibulo-hypophysaire , par M. C. I. PARRON.....	91

Séance du jeudi 9 juillet 1931

Imbécillité par hérédo-syphilis, évolution dementielle. Syndrome humoral paralytique, par MM. R. DUPOUY et A. COURTOIS.....	141
Syndrome hallucinatoire et syndrome pallidal, par MM. A. COURTOIS et P. MARESCHAL.....	145
Episode méningé révélé par un syndrome d'action extérieure chez un bacillaire cavitare, par Mlle BADONNEL et M. Georges d'HEUCQUEVILLE..	149
Homosexualité post-encéphalitique, par MM. Paul SCHIFF et J. O. TRELLES.	154
Provocation de crises mélancoliques par des émotions joyeuses, par M. J. TINEL.....	155

Séance du lundi 27 juillet 1931

Correspondance.....	162
Représentation de la Société à la Fédération des Sociétés d'Eugénique.....	162
Election à deux places de membre titulaire.....	163
A propos de la malariathérapie de la paralysie générale.....	163
Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque dépressive (extention de la réaction de Zondek), par MM. Paul ABÉLY, V. PASSEK et J. ROGER.....	163
Dépistage des troubles médico-psychiques dans les Jardins d'Enfants des Habitations à Bon Marché de la Ville de Paris, par Mlle SERIN....	168
Recherches sur l'étiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux après impaludation, par MM. R. LEROY, MÉDAKOVITCH et MONIER.....	170
Les morphinomanes d'opportunité, par MM. C. I. URECHIA et M. KERNBACH.	176
Sur quelques psychoses grippales, par M. C. I. URECHIA.....	179
Considérations sur la pathogénie des troubles du métabolisme azoté dans les maladies mentales, par MM. Ch. RICHET fils et J. DUBLINEAU....	183

Séance du lundi 26 octobre 1931

Correspondance.....	287
Décès de M. Marcel NATHAN.....	288
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.....	288
A propos de la malariathérapie de la paralysie générale.....	288
L'étiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux après impaludation, par M. Aug. MARIE.....	289
Gomme syphilitique de l'amygdale survenue chez une paralytique générale à la suite d'impaludation, par MM. R. LEROY et MÉDAKOVITCH..	290
Malaria larvée chez les paralytiques généraux impaludés et attaques épileptiformes, par MM. R. LEROY et MÉDAKOVITCH.....	291
Le problème biologique de l'hallucination, par M. R. MOURGUE.....	301
Confusion mentale retardée après ictus émotif. Bégaiement émotionnel, par M. FOLLY.....	309
Hyperazotorachie et hyperchlororachie dans certaines maladies mentales, par M. CAHANE.....	312

Séance du jeudi 12 novembre 1931

Attaques toniques généralisées, avec crises de fureur, chez un encéphalitique, par MM. Paul SCHIFF et J. O. TRELLES.....	397
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Régression tardive d'une paralysie générale impaludée, par MM. P. COURBON et J. TUSQUES.....	405
Troubles du langage écrit chez une paranoïaque présentant des éléments délirants du type paranoïde (schizographie), par MM. J. LÉVY-VALENSI, Pierre MIGAULT et Jacques LACAN.....	407
Remarques sur les conditions psychologiques précédant l'installation d'un état de catatonie, par MM. H. CLAUDE et S. NACHT.....	409
Parkinsonisme et syndromes démentiels. (Protrusion de la langue dans un des cas), par MM. Henri EY et Jacques LACAN.....	418

Séance du lundi 23 novembre 1931

Correspondance.....	428
Un monument au professeur Gilbert BALLEZ.....	429
Election d'un membre correspondant national.....	430
Election d'un membre associé étranger.....	430
A propos de la malariathérapie de la paralysie générale.....	430
Eruption papulo-squameuse et alopecie en clairière secondaires survenues chez une paralytique générale impaludée, par MM. R. LEROY, MÉDAKOVITCH et BOYER.....	431
Sommeil cataleptique et fonctions psycho-motrices. Etude physiologique et pharmaco-dynamique au moyen de l'Ergographe de Mosso, par MM. H. CLAUDE, H. BARUK et R. PORAK.....	432
Catatonie intermittente suivant le rythme du sommeil, par MM. H. BARUK et A. ALBANE.....	439
Fétichisme du pied chaussé. Héredo-syphilis, par MM. L. MARCHAND et H.-A. FULLER.....	447
Les formes arrêtées ou fixées de la démence précoce, par M. HEUYER et Mlle SERIN.....	452
Automatisme mental délirant au cours d'une sinusite frontale double à évolution lente chez un ancien traumatisé du crâne, par MM. DEFOURMENTEL et R. LARGEAU.....	454
Valeur séméiologique des mouvements anormaux de la queue du sourcil : étude clinique et électrique, par M. Georges d'HEUCQUEVILLE et Mlle B. NEOUSSIKINE.....	459
Sur deux cas de psychoses cancéreuses, par M. C. I. URECHIA et Mme A. RETEZEANU.....	467

Séance du jeudi 10 décembre 1931

Psychose maniaque dépressive ou schizophrénie évolutive ? (Accès apparus à la suite d'états anergisants et suivis de lupus érythémateux récidivant), par MM. R. LEROY, P. RUBÉNOVITCH et J. O. TRELLES.....	530
Syndrome de démence précoce chez des sujets ayant présenté des affections organiques du névraxe, par M. L. MARCHAND, Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX et M. J. ROUART.....	540
Les réflexes végétatifs chez les catatoniques ; fréquence des réactions semblables à celles du sommeil, par MM. J. TINEL et H. BARUK.....	547
Délire de négation chez un tabétique amaurotique. Syndrome humoral paralytique, par MM. A. COURTOIS et J. BOREL.....	553

Bactériologie dans le délire aigu, par MM. Xavier ABÉLY et COULÉON.....	558
Remarques sur les relations du délire aigu et de la psychose maniaque dépressive, par MM. Xavier ABÉLY et COULÉON.....	562

Séance du lundi 28 décembre 1931

Assemblée générale.....	564
Correspondance.....	564
Encouragement aux études d'anatomie du système nerveux.....	565
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.....	566
Date de la séance du mois de mars.....	566
Rapport de la Commission des finances.....	566
Election du Bureau pour 1932.....	568
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1932.....	569
Commission des finances.....	569
Election à une place de membre titulaire....	569
Election d'un membre correspondant national.....	569
Psychose périodique et érotomanie associée aux accès, par MM. MIGNOT et BELEY.....	570
Variation du rapport globulines/sérine dans quelques cas d'encépha- lites psychosiques aiguës, par MM. A. COURTOIS, M. DELAVILLE et Mlle RUSSELL.....	575
Séquelles mentales des encéphalites psychosiques aiguës, par MM. E. TOULOUSE, A. COURTOIS et DUFET.....	582
Un cas d'érythème barbiturique, par MM. PICHARD et KYRIACO.....	584

RÉUNIONS ET CONGRÈS

VI^e Congrès international de Médecine et de Pharmacie Militaires
(La Haye, 15-20 juin 1931)

Rapports de Neuropsychiatrie : Psychonévroses de guerre, par MM. FRIBOURG-BLANC, F. LORENZ, Philip-B. MATZ, Patrick S. MADIGAN, Cleve C. ODOM, William C. PORTER, Smith Ely JELLIFFE.....	199
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Congrès de l'American Psychiatric Association

Toronto (Ontario), 1-5 juin 1931

Les débiles intellectuels au Canada, par M. W. ENGLISH.....	601
De la propagation des principes d'hygiène mentale dans le grand public, par M. Sanger BROWN.....	601
Rapport des tests psychométriques dans les écoles de Montréal, par M. A.-H. DESLOGES.....	602

Des variations des fonctions cardio-respiratoires dans l'étude des personnalités, par MM. John E. LARSON et G. W. HANEY.....	603
Le traitement des états de stupeur, par M. Karl H. LANGESTRASS.....	603
Psychanalyse des gens mariés, par Mme Clarence OBERNDORF.....	603
Abraham Lincoln, humoriste, par M. A. BRILL.....	603
Structure intime des schizophrénies, par M. Grégory ZILBOORG.....	604
Essai de psychothérapie des schizophrénies, par MM. W. MALAMUD et Wilbor MILLER.....	604

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 juin 1931.....	94
Séance du 2 juillet 1931.....	190
Séance du 5 novembre 1931.....	471
Séance du 3 décembre 1931.....	588

Société de Médecine Légale de France

Séance du 6 juillet 1931.....	192
Séance du 14 décembre 1931.....	591

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 mai 1931.....	97
Séance du 27 juin 1931.....	193
Séance du 26 septembre 1931.....	315
Séance du 31 octobre 1931.....	474
Séance du 28 novembre 1931.....	593
Séance du 19 décembre 1931.....	594

Société Belge de Neurologie

Séance du 30 mai 1931.....	98
Séance du 28 novembre 1931.....	596

Société Suisse de Psychiatrie

79 ^e Assemblée. Séance du 29-30 août 1931.....	475
-----------------------------------------------------------	-----

Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone

Séance du 23 mai 1931.....	99
Séance du 20 juin 1931.....	195

Société Catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séance du 13 octobre 1931.....	481
Séance du 27 octobre 1931.....	482
Séance du 10 novembre 1931.....	598
Séance du 24 novembre 1931.....	599

VARIÉTÉS

Académie des Sciences morales et politiques : prix DAGNAN-BOUVERET.....	628
Asiles publics d'aliénés..... 115, 225, 354, 499,	627
Assemblée (79 ^e) de la Société Suisse de Psychiatrie	227
Concours pour un poste de médecin neurologue.....	227
Congrès (XI ^e) Belge de Neurologie et de Psychiatrie.....	500
Conseil Supérieur de l'Assistance Publique.....	226
Cures de désintoxication.....	116
Expertises psychiatriques	116
Faculté de Médecine de Paris.....	355
Hôpitaux et hospices.....	628
Hygiène et Prophylaxie. Conférence internationale de prophylaxie mentale..	500
Ministère des Colonies	116, 628
Monument au professeur Gilbert BALLET	355
Nécrologie : Auguste FOREL.....	356
Psychanalystes (VI ^e Conférence des) de Langue Française	356
Société Médico-Psychologique ; dates des séances 115, 225, 353, 499,	626
— — — ; élections..... 115, 353,	626
— — — ; nécrologie : Marc. NATHAN, 353; Ant. RÉMOND,	627
— — — ; prix.....	353
— — — ; Légion d'honneur.....	626

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

A

Acoustique (nerf) ; section pour vertiges ; guérison (VELTER et M. OMBREDANNE), 588.

Adiposo-génital (syndrome) d'origine non tumorale (RODRIGUEZ-ARIAS et JUNCOSA), 99.

Affection tremblante progressive (L. van BOGAERT), 596.

Alcool ; action pharmacologique et toxicologique (G. MODRAKOWSKI), 213.

Algies de la ménopause ; apophyse costiforme (André-THOMAS), 344.

Aliénation mentale ; groupes sanguins dans les différentes formes (J.-E. SOLA), 343.

Alopécie congénitale et cataracte précoce (TRÉNEL et PRIEUR), 220.

Alzheimer (maladie d') (D.-K. HENDERSON et Sarah H. MACLACHLAN), 111.

Amyostatique (syndrome) (LARUELLE et HEERNU), 220.

Angiolirome extradural ; compression médullaire (PETIT-DUTAILLIS et J. CHRISTOPHE), 472.

Angoisse ; traitement (W. STEKEL), 207. — (de l') à l'extase (Pierre JANET), 317.

Anxiété dans la démence précoce (R. DUPOUY et H. PICHARD), 447, 229.

Aphasie (H. ROGER), 211.

Apoplexie séreuse postarsénobenzénique. Guérison (CHAVANY et TOURNAY), 588.

Arachnoïdite opto-chiasmatique (Cl. VINCENT, PUECH et DAVID), 96.

Arrières ; constitution psycho-biologique (E.-B. STRAUSS), 210. — ; examen de la sensibilité auditive (STEPOWSKA), 497.

Art primitif ; signification (Ca. SHUWER), 335.

Asiles d'aliénés ; le milieu (UN EX-MALADE), 223. — ; moyens propres à améliorer la situation financière (M. DESRUELLES), 223.

Assistance familiale des aliénés dans l'Uruguay (F.-S. GARMENDIA), 222.

Association (l') des idées (L. DUGAS), 332.

Astasie-abasie ; vertiges ; nystagmus (SUBIRANA), 195.

Ataxie cérébelleuse aiguë (J. DECOURT), 472.

Atrophie musculaire progressive (BABBONNEIX et MIGET), 190.

Attention (l') (H. PIÉRON), 331.

Auditif (nerf) ; ablation d'un neurinome (de MARTEL, GUILLAUME et JENTZER), 192.

Audition (l') colorée (G. MARINESCO), 496.

Autohémothérapie dans les maladies mentales (M. DESRUELLES et Mlle A. CHIARLI), 24.

Avulsion dentaire ; affection nerveuse consécutive (W. BAILEY), 218.

B

Ballet (Gilbert) (R. SEMELAIGNE), 357.

Barbiturique (érythème) (PICHARD et KYRIACO), 584.

Biologico-criminelles (enquêtes) en Allemagne, 625.

Bruit (phobie du) et monomanie du repos (AMELINE), 611.

Bulbaire (syndrome) (MAGE), 596.

Bulbocapnine ; son action chez l'homme (Um. de GIACOMO), 114.

C

Cardio-respiratoires (fonctions) ; variations dans l'étude des personnalités (John E. LARSON et G.-W. HANEY), 603.

(1) Les chiffres en caractères gras se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

Catatonie expérimentale (V.-M. BUSCAINO), 114.
 — chez les oiseaux (G.-W. HENRI), 114.
 — ; conditions psychologiques préliminaires (H. CLAUDE et S. NACHT), 409.
 — intermittente suivant le rythme du sommeil (H. BARUK et A. ALBANE), 439.
 — intermittente et catalepsie hystérique (J.-E. SIDAWY), 486.
 — ; réflexes végétatifs (J. TINEL et H. BARUK), 547.
 Centres nerveux ; injections d'alcool ou de toxine diphtérique dans les troncs nerveux ; variations cytologiques (DAGNELIE), 597.
 Céphalalgie ; ostéite syphilitique du crâne (P. MAZA), 600.
 Céphalées rhinogènes (J. DUERTO), 218.
 Cérébration progressive et fondements du talent (von ECONOMO), 610.
 Certificats médicaux étranges (DERVIEUX), 192.
 Cerveau ; les « artères terminales » ; oblitération de la sylvienne (J. LEY), 99, 337.
 — ; embolies expérimentales (M. VILLARET, Justin-BESANÇON et S. de SÈZE), 338.
 — (le), l'esprit et les signes extérieurs de l'intelligence (B. HOLLANDER), 607.
 Cervelet ; lésions des lobes ; réactions à la stimulation (A.-T. MUSSEN), 338.
 Chirurgie cérébrale ; accidents post-opératoires (Th. de MARTEL), 498.
 Chorée et réflexivité pathologique de l'écorce cérébrale (André-THOMAS), 216.
 Cœur (maladies du) et troubles mentaux (Alexander G. GIBSON), 212.
 Colonie de Lierneux ; historique (J. MASSAUT), 193.
 Compressions médullaires ; les varices des veines spinales (J. MATHIEU), 609.
 Confusion mentale retardée après ictus émotif. Bégalement émotionnel (FOLLY), 309.
 Confusionnels (syndromes) dans les grands traumatismes crâniens (Pierre MASQUIN), 106.
 Contracture hystérique à l'occasion de l'épidémie de poliomyélite (H. CALLEVAERT), 491.
 Convulsions expérimentales ; effets de la caféine, de l'adrénaline et des bromures (J. NOTKIN et F.-H. PIKE), 491.
 Coqueluche et tumeur à évolution aiguë du mésocéphale (LESNÉ, BERTRAND et LAUNAY), 192.
 Cortex ; endartérite des petits vaisseaux (DIVRY), 593.
 Crime passionnel (L. RABINOWICZ), 108.

D

Dangereux (état) sans délit (Is. de BENEDETTI, Ro. A. LASALA et Jo. R. BREST), 624.
 Débiles intellectuels au Canada (W. ENGLISH), 601.
 Débilité mentale ; augmentation dans la société moderne (L. VERVAECK), 210.
 Défense sociale ; établissements pour anormaux et récidivistes en Belgique, 352.
 Dégénérescence (de l'idée de) à la doctrine des constitutions (René CHARPENTIER), 594.
 Délinquants psychopathes (R. de SAUSURE et W. MORGENTHAUER), 477.
 Délire aigu ; bactériologie (X. ABÉLY et COULÉON), 558.
 — ; relations avec la psychose maniaque-dépressive (X. ABÉLY et COULÉON), 562.
 Délire chronique de Magnan ; épisodes sexuels (F. GORRITI), 612.
 Délires similaires familiaux ; psychoses induites (M. EMMA), 611.
 Démence précoce ; réactions étranges (R. DUCHÈNE), 109.
 — ; réflexe oculo-cardiaque (COUETTE), 208.
 — ; symptômes (RUBÉNOVITCH), 326.
 — et schizophrénie de Kretschmer (Mlle C. PASCAL et J. VIÉ), 327.
 — ; malariathérapie (F. BERTOLINI), 350.
 — ; formes arrêtées ou fixées (HEUYER et Mlle SERIN), 452.
 — ; pression artérielle et courbes oscillométriques (Joseph LAPEYRE), 486.
 — (syndrome de) consécutif à des affections organiques du névraxe (L. MARCHAND, Mme BONNAFOUS-SÉRIEX et J. ROUART), 540.
 — ; calcium du sang et des urines (S. GULLOTTA), 622.
 Dépersonnalisation ; psycho - névrose obsédante (CAMBRIELS), 611.
 Dépistage des troubles médico-psychiques dans les Jardins d'Enfants (Mlle SERIN), 168.
 Dépression (la) constitutionnelle (M. MONTASSUT et M. DELAVILLE), 612.
 — ; réaction relative à la famille (Gregory ZILBOORG), 613.
 Douleurs cutanées ; dissociation (H. PIÉRON), 496.
 Dystonie parkinsonienne (LHERMITTE et ABESSARD), 340.

E

Ecriture et subconscient (Pierre MÉNARD), 323.

- Emotion (1°) ; point de vue neurologique** (T.-R. HILL), 492.
- (le pH urinaire différentiel, test d') applicable à l'examen des prévenus (LAIGNEL-LAVASTINE et G. d'HEUCQUEVILLE), 592.
- Emotionnel (l'état)** (AL. GRIECO y BAVIO), 333.
- Emprosthotonos ; base anatomique** (N. ZAND), 620.
- Encéphalite aiguë primaire récidivante** (M.-K. VIKTORA), 114.
- psychosique secondaire (TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS), 326.
- et myéloencéphalite dans la rougeole (A. FERRARO et I.-H. SCHEFFER), 326.
- aiguë infantile (BABONNEIX), 339.
- psychosique aiguë ; rapport globulines/sérine (COURTOIS, DELAVILLE et Mlle RUSSELL), 575 ; séquelles mentales (TOULOUSE, COURTOIS et DUFET), 582.
- aiguë à forme cérébelleuse pure (LHERMITTE et J. de MASSARY), 590.
- Encéphalite épidémique (du délire aigu à l')** (C. POUFFARY), 77.
- ; réactivation (B. RODRIGUEZ-ARIAS), 198.
- ; étiologie (J. CUATRECASAS), 216.
- ; traitement à l'école-hôpital (E.-D. BOND et K.-E. APPEL), 222.
- ; signes pupillaires (J. CUATRECASAS), 339.
- ; syndrome parkinsonien (Mlle Gabrielle LÉVY), 340.
- ; attaques toniques ; fureur (Paul SCHIFF et J.-O. TRELLS), 397.
- ; spasme oculo-facio-cervical consécutif (FAURE - BEAULIEU et CORD), 473.
- ; hypertonique ; automatisme ambulatorio (A. LEROY), 493.
- Encéphalite léthargique ; crises oculo-gyres** (I. MALAGUETA et A. IBIAPINA), 113.
- ; formes hémorragiques et cérébelleuses (AL. CORDON), 339.
- Encéphalomyélite disséminée, type sclérose en plaques, avec amyotrophie** (SUBIRANA et ARMENTERAS), 598.
- aiguë disséminée chez deux jumelles (B. RODRIGUEZ-ARIAS), 600.
- Encéphalopathie après pyélonéphrite** (LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre-KAHN), 66.
- Endartérite syphilitique (d'HOLLANDER)**, 595.
- Epilepsie réflexe d'origine intestinale** (G. MAILLARD et H. CODET), 69.
- ; calcifications intracérébrales visibles (SUBIRANA), 197.
- et mariage (B. GADELIUS), 347.
- et démence précoce (T. SENISE), 489.
- généralisée ; mécanisme central des crises (E. SPIEGEL), 489.
- ; influence de l'heure, du sommeil et d'autres facteurs sur les crises (FR.-L. PATRY), 490.
- convulsive ; décalcification ; cataracte (RAF.-E. RODRIGUEZ), 490.
- ; production ; contrôle ; mécanisme des crises (Temple FAY), 490.
- ; réserve alcaline et pH urinaire aux diverses périodes (F. di RENZO), 622.
- ; effets des convulsivants et du chlorure de calcium (F. di RENZO et A. VITELLO), 623.
- Excitation (source d') dans la rigidité ; mécanisme de la récurrence** (Dunlop ROBERTSON), 112.

F

- Fatigue de l'enfant** (AL. BOUDRY), 345.
- Fernald-Jakobsohn (épreuve de)** chez les délinquants (J. FUSTER), 351.
- Fétichisme du pied chaussé. Hérédosyphilis** (L. MARCHAND et H.-A. FULLER), 447.
- Fixation du complément (réaction de) ; méthode simplifiée** (R. MUSSO), 342.
- Folie (la) en Argentine** (G. BOSCH), 345.
- (la) au XX^e siècle (A. RODIET et G. HEUVER), 484.
- Fracture du crâne ; lésion cérébrale ; catatonie** (E.-S. GURDJIAN), 489.
- Freud (intérêt de la tentative de)** (R.-E. LACOMBE), 615.
- Friedreich (maladie de) et hérédotaxie cérébelleuse successives** (KREBS et MOLLARET), 191.
- Frontal (tumeur du lobe). Erreurs de localisation à propos de certaines attitudes anormales de la tête** (CL. VINCENT et DARQUIER), 95.

G

- Gélineau (syndrome de)** (A. SILVERSTEIN), 614.
- Gémellaire (casuistique) psychiatrique ; psychose maniaque-dépressive** (Jens Chr. SMITH), 614 ; ressemblance et disposition des membranes (Jens Chr. SMITH), 614.
- Glandulaire (syndrome pluri-) tardif** (H. CLAUDE, P. BOURGEOIS, P. MASQUIN et CUEL), 40.
- Glioblastomatose diffuse multicentrale** (J. MACKIEWITZ), 338.
- Gliome frontal** (DIVRY et CHRISTOPHE), 98.

Globes oculaires ; paralysies des mouvements associés (ALAJOUANINE et THUREL), 215.

Gomme cérébrale guérie par une cure spécifique (B. RODRIGUEZ-ARIAS et G. CAPÔ), 482.

Graphologie (la) et l'enfant (Th. CHENTRIER), 334.

H

Hallucination; problème biologique (R. MOURGUE), 301.

Hallucinatoire (syndrome) et syndrome pallid (A. COURTOIS et P. MARESCHAL), 145.

Hébéphrénocatatonie ; réactions émotives (H. BARUK et Halina JANKOWSKA), 327.

Hémato-encéphalique (barrière) ; signification de sa perméabilité (C. BAUMANN), 105.

— — — ; diagnostic par l'épreuve du bromure (S. KATZENBOGEN et H. GOLDSMITH), 620.

Hématome sous-dural (van GEUCHTEN), 589.

Hémialgies et troubles sympathiques (LÉCHELLE, THÉVENARD et DONADY), 190.

Hémiplégie gauche avec aphasie et troubles psychiques (MATHIEN), 194.

— par spoliatio sanguine abondante (H. ROGER et A. CRÉMEUX), 215.

Homosexualité post-encéphalitique (Paul SCHIFF et J.-O. TRELLES), 154, 239.

Hôpital Saint-Jacques de Vilno ; section psychiatrique (J. PODWINSKI), 223.

Hygiène mentale de l'enfant en Allemagne (Jad. ABRAMSON), 345.

— ; propagation de ses principes dans le public (Sanger BROWN), 601.

Hyperostose frontale interne (L. van BOGAERT), 219.

Hyperpnée dans le diagnostic de l'épilepsie (R. NYSEN), 112.

Hypertension intra-cranienne ; tumeur temporo-occipitale (A. SUBIRANA), 481.

— — — ; thérapeutique moderne (Molin de TEYSSIEU), 498.

Hyperthyroïdie ; action sur les phanères ; inhibition par l'hémato-éthéroïdine (L. HALLION), 623.

Hypocondrie et constitution paranoïaque (A. DELMAS), 1.

—, guérisseurs et psychologie des masses (AMELINE), 248.

Hypophyse (fonctionnement de l') dans la psychose maniaque-dépressive ; réaction de Zondek (P. ABÉLY, PASSEK et J. ROGER), 163.

— ; adénome ; troubles mentaux (Cl. VINCENT, Mlle F. RAPPOPORT et H. BERDET), 590.

Hypotonie musculaire ; sémiologie (Th. ALAJOUANINE et M. GOCCEVITCH), 618.

— ; formes cliniques (Ch. FLANDIN et Jean GALLOIS), 618.

Hystérie ; réflexes conditionnels (G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER), 473.

— oculaire (R.-J. GUIRAL), 491.

I

Idiotie amaurotique juvénile (Torsten SJÖGREN), 494.

Imaginaires (malades dits) (NATHAN), 322.

Imbécillité ; évolution démentielle ; hérédosyphilis (R. DUPOUY et A. COURTOIS), 141.

Imprégnation argentique ; nouvelle technique (Mlle REUMONT), 192.

Influences psychopathiques ancestrales (A. MARIE), 105.

Infundibulaire (syndrome) d'origine syphilitique (J. LHERMITTE et N. KYRIACO), 95.

Intelligence (l') et la vie (F. de VEYGA), 608.

Inversion sexuelle et altérations de la région infundibulo-hypophysaire (C.-I. PARHON), 91.

K

Kabelik (réaction de) (Fr. KLEIN), 342.

L

Laurence-Bield (syndrome de) (Stuart N. ROWE), 494.

Lecture tactile (psychologie de la) (P. VILEY), 334.

Législation criminelle ; contribution pratique de la psychiatrie (W. OVERHOLSER), 351.

— nouvelle de l'Assistance des malades psychiques en Espagne (M. SOLER-MARTIN), 483.

Lincoln (Abraham), humoriste (A. BRILL), 603.

Liquide céphalo-rachidien ; physiologie (Ch. MASSANT), 193.

— — — ; traitement des hypotensions (M. LOEPER, J. PATEL et A. LEMAIRE), 498.

- — — ; fonctions (Fed. NEGRO), 589.
 — — — (les acides organiques dans le)
 (R.-H. HURST), 621.
 Little (syndrome de) ; athétose ; influence de la bulbo-capnine (A. SUBIRANA), 481.

M

- Macrogénitosomie précoce et tumeur mamillo-tubérale (HEUYER, LHERMITTE, Th. de MARTEL et Mlle C. VOGT), 191.
 — ; hydrocéphalie sans néoplasme (André-THOMAS et H. SCHAEFFER), 471.
 Malades mentaux libres (G.-M. ROBERTSON), 221.
 — ; conduite du psychiatre envers leur famille (P. COURBON), 222.
 Maladie (aux confins de la) (POROT), 206.
 — mentale ; hyperazotorachie et hyperchlororachie (CAHANE), 342.
 Malariathérapie ; rupture consécutive de la rate (B. JUTZ et A. JACOBI), 349.
 Maniaque (enfant) pervers ; épilepsie (R. ARDITI ROCHA et R.-B. SILVA), 210.
 — (épisode) réactionnel (W. Mc. HARROWES), 614.
 Maniaque-dépressive (psychose) ou schizophrénie évolutive ? (R. LEROY, P. RUBÉNOVITCH et J.-O. TRELLES), 530.
 — — — ; histoire de sa synthèse (Smith Ely JELLIFFE), 613.
 — — — ; tentatives psychothérapiques heureuses (L.-E. HINSIE), 616.
 — — — ; valeur pronostique du métabolisme basal (E. MIRA), 623.
 Manomètre de Ayer ; mesure de l'obstruction incomplète du canal rachidien (J. de BUSCHER), 98, 621.
 Mélancolie provoquée par la joie (TINEL), 455.
 — présénile (J. ALZINA-MÉLIS), 212.
 — de la ménopause (HOVEN), 475.
 Méningiomes (DIVRY et CHRISTOPHE), 597.
 Méningite basilaire ; troubles psychiques (M.-L. TAUSSIG et V. HASKOVEC), 111.
 — cérébro-spinale ; chimiothérapie acridinique intra-rachidienne (J.-A. CHAVANY), 224.
 Méningococcie à forme pseudo-palustre (H. ROGER et Y. POURSINES), 217.
 Ménopause ; démence (H. HOVEN), 212.
 Métabolisme azoté (troubles du) dans les maladies mentales (Ch. RICHET fils et DUBLINEAU), 483.

- Moelle épinière ; gliose angéiohypertrophique (LHERMITTE, FRIBOURG-BLANC et KYRIACO), 191.
 Morphinomanie d'opportunité (URECHIA et KERNBACH), 476.
 Myoclonie (BREGMAN et Mme GLEICHGEWITCH), 112.
 Myxœdème et troubles mentaux chez une syphilitique (R. DUPOUY et G. d'HEUCQUEVILLE), 26.

N

- Narcolepsie (Henri ROGER), 113.
 — et polyglobulie (MOREAU), 597.
 Nervosisme et glandes endocrines (LÉOPOLD-LÉVI), 488.
 Neurasthénie constitutionnelle ; hypométabolisme (R. SARRÓ et M. TAVERNA), 482.
 Neurologiques (études) (GUILLAIN et ALAJOUANINE), 101.
 Neuropathologie ; techniques histologiques (I. BERTRAND), 102.
 Neurospongiomes (G. ROUSSY, Ch. OBERLING et G. RAILEANU), 620.
 Neurovégétatifs (deux réflexes) (Fer. GORRITI), 485.
 Névralgie bulbo-spinale zostérienne (FAURE-BEAULIEU, MATHIEU et CORD), 190.
 Névrite (poly-radiculo-) ; rôle de l'alcool et de la syphilis (E. TOLOSA-COLOMER), 598.
 — rétro-bulbaire ; altérations radiologiques intra-craniennes (SUBIRANA et SALAMERO), 599.
 Nystagmus rotatoire et syringobulbie (André-THOMAS), 218.

O

- Obnubilation suite de commotion ; fugue pathologique (A. LEROY), 97.
 Oculo-sudoral (réflexe) (J. SÉBEK), 336.
 Oculogyres (souvenirs obsessionnels pendant les crises) (R. SARRÓ), 599.
 Œdipe (complexe d') (van ACKER), 594.
 Olive inférieure ; fonctions (MUSKENS), 192.
 Opiomanie dans l'U. R. S. S. (A. ROUBAKINE), 214.
 Organ-jargon (F.-G. CROOKSHANK), 209.
 Organisation de l'enseignement psychiatrique à Bruxelles (A. LEY), 315 ; (G. VERMEYLEN), 316.

P

- Palustre (syndrome extrapyramidal) (C.-D. FERNANDEZ), 341.
- Paracentral (médullo-épithéliome du lobule) (CROUZON, PETIT-DUTAILLIS, BERTRAND et CHRISTOPHE), 96.
- Paralysie ascendante aiguë (V. DIMITRI), 217.
- Paralysie générale; guérison humorale par malarithérapie; syndrome strié avec démence affective (MIGNON, LEULIER et J. PICARD), 64.
- ; érysipèle; syndrome paranoïde au cours d'une rémission post-malarique (de Vos), 97.
- et psychose syphilitique (MAS-SANT), 97.
- ; étiologie des délires secondaires à l'impaludation (R. LEROY, MÉDAKOVITCH et MONIER), 170; (A. MARIE), 289.
- juvénile; hypophrénie (H.-W. POTTER), 210.
- juvénile et sclérose combinée de la moelle (LARUELLE et HEERNU), 211.
- ; études encéphalographiques (Fr. G. EBAUGH, H. DIXON, H.-E. KIENE et K.-D. ALLEN), 211.
- ; gomme syphilitique de l'amygdale après impaludation (R. LEROY et MÉDAKOVITCH), 290.
- ; malaria larvée; attaques épileptiformes (R. LEROY et MÉDAKOVITCH), 291.
- ; malarithérapie; troubles mentaux non démentiels deux ans après (G. VERMEYLEN), 316.
- et Malarithérapie (R. LEROY et MÉDAKOVITCH), 324.
- ; les protéines du sérum (W. OGDEN), 342.
- ; thérapeutique par les infections (WAGNER-JAUREGG), 348.
- ; résultats de la malarithérapie (V. HENDRIKSEN), 348.
- ; iritis consécutive à la malarithérapie (ENGEL), 349.
- Traitement prolongé par la tryparsamide (Th. TENNENT), 349.
- Traitement radiothermique (Le. E. HINSIE et Ch.-M. CARPENTER), 350.
- impaludée; régression tardive (P. COURBON et J. TUSQUES), 405.
- impaludée; éruption secondaire et alopécie (R. LEROY, MÉDAKOVITCH et BOYER), 431.
- à évolution continue et prolongée (P. Léo et DONNADIEU), 523.
- ; contre-indications de la malarithérapie (BAONVILLE, J. LEY et TITECA), 593.
- Paranoïaque; délire; troubles du langage écrit: schizographie (J. LÉVY-VALENSI, P. MIGAULT et J. LACAN), 407.
- Parkinsonisme; équivalents mineurs (BÉRIEL et BARBIER), 341.
- et syndromes démentiels (Henri Ey et J. LACAN), 448.
- avec main hypothalamique (LAINGNE-LAVASTINE et STERN), 472.
- mélancolique et hyperglycémie (J.-M. OBARRIO et Al.-J. PETRE), 493.
- post-encéphalitique; bouffées hallucinatoires auditives et délire (L. CHLOPICKI), 493.
- ; études des syndromes (M. D. SARRIC), 493.
- Peau; influence du système nerveux autonome sur sa sensibilité (J.-L. DUSSER de BARENNE), 497.
- Pédagogie des enfants arriérés et anormaux (Th. SIMON), 324.
- Pédophilie sado-masochiste (R. SARRÓ), 598.
- Pénitentiaire (le régime) en Belgique (H. van ETTEN), 352.
- Périviscérites; réactions neuro-tissulo-vasculaires (L. ALQUIER), 218.
- Persécution (bouffée délirante de) par transplantation sociale et caféisme (P. COURBON et TUSQUES), 36.
- Personnalité (le sort de la) (W. DRABOVITCH), 333.
- pH et réserve alcaline dans les maladies mentales (Cesare Pol), 622.
- Phényléthylmalonylurée dans les affections mentales et la mélancolie en particulier (A. LEROY), 475.
- Picrotoxine dans certaines hypertonies (CHAVANY et THIÉBAUT), 96.
- Pinéalomes (J.-H. GLOBUS et S. SILBER), 619.
- Plexus choroïdes; épithélioma; épilepsie jacksonienne (B. SPOTA), 339.
- Poliencéphalite supérieure hémorragique de Wernicke. Syndrome du noyau rouge et de Parinaud (G. PETIT), 48.
- Polydipsie psychopathique (F. GORRITI), 611.
- Polysan dans la thérapeutique des maladies mentales et nerveuses (H. PROCHÁZKA et A. MAZACOVÁ-PROCHÁZKOVÁ), 224.
- Ponction lombaire; variations hémoclasiques consécutives (G. GRECO), 343.
- Ponto-cérébelleux (tumeurs bilatérales de la région de l'angle) (GUILLAIN, SCHMITTE et BERTRAND), 94.
- Prison; conception moderne (L. VERVAECK), 624.
- Prisonniers; aptitudes psychiques (G. MENNENS), 351.

- Prophylaxie et hygiène mentales (TOULOUSE), 344.
- Pseudosclérose; syndromes lenticulaires (Vera DOSUJKOVÁ), 340.
- Psychanalyse des gens mariés (Mme Clarence OBERNDORF), 603.
- ; rapports avec l'action des toxiques dans l'aliénation mentale (A. MARIE), 617.
- et délit (J.-R. BELTRAN), 617.
- Psychiatrie; valeur des épreuves mentales (MIRA), 100.
- ; enseignement (Fr.-G. EBAUGH), 344.
- infantile (S. HIRSDANSKY), 346.
- (la pratique eugénique en) (H. LUXENBURGER), 347.
- et crime (W. OVERHOLSER), 352.
- (la) à l'époque de la Renaissance (M. GILLE), 610.
- Psychiatrique (personnel); éducation (E.-C. SLAGLE), 223.
- Psychoanalytische Praxis, 616.
- Psychologie; nouveau traité (Georges DUMAS), 487.
- expérimentale dans l'étude des exercices physiques (A. GEMELLI), 496.
- Psychologique (l'année) (H. PIÉRON), 205.
- Psychonévroses de guerre (FRIBOURG-BLANC), 199; (LORENZ), 201; (MATZ), 201; (MADIGAN, ODOM, PORTER), 202; (JELLIFFE), 203.
- Psychopathes; les personnalités psychopathiques (G.-R. LAFORA), 610.
- ; causes de leur souffrance morale (A. BARBÉ), 611.
- Psychopathia-sexualis (R. von KRAFFT-ÉBING), 606.
- Psychopathie infectieuse polymorphe (G. PETIT et P. HUMBERT), 54.
- Psychose périodique et érotomanie associée aux accès (MIGNOT et BELLEY), 570.
- Psychoses syphilitiques; états d'excitation et syphilis (SCHOENNAGEL), 107.
- grippales (URECHIA), 179.
- cancéreuses (URECHIA et Mme A. RETZEANU), 467.
- affectives de l'enfance (J. KASANIN), 612.
- ; anatomo-pathologie (H. HOVEN), 619.
- Ptosis sympathique (H. ROGER, SEDAN et PIROT), 216.
- Pyrétothérapie vaccinale (A. d'ORMEA et E. BROGGI), 350.

Q

- Quadruplégie post-sérothérapique (BAUDOUIN et HERVY), 473.
- Queue du sourcil; mouvements anormaux (G. d'HEUCQUEVILLE et Mlle B. NEOUSSKINE), 459.

R

- Réactions de Bordet - Wassermann, Hecht et Desmoulière; notions utiles (R. LETULLE et G. BERGÈS), 342.
- Rétine (la) n'est-elle qu'une surface? (J. NOGUÉ), 334.
- Rêves; relations avec les impressions récentes (W. MALAMUD et F.-E. LINDER), 616.
- Rire (le sens du) (F. PAULHAN), 333.

S

- Schizographie; écrits « inspirés » (LÉVY-VALENSI, MIGAUT et LACAN), 508.
- Schizophrénie de longue durée (L.-S. PENROSE), 329.
- (le système végétatif dans la) (A. FALKOWSKI), 330.
- et affections psychiques; trouble essentiel (D. TRIANTAPHYLLOS), 330.
- ; réaction névropathique comme signe précurseur (W.-M. HARROWES), 331.
- ; structure intime (Gregory ZILBOORG), 604.
- ; essai de psychothérapie (W. MALAMUD et W. MILLER), 604.
- Sciatique; tumeur (ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS), 473.
- poplitée externe; paralysie post-encéphalitique (GUILLAIN, ALAJOUANINE et GARCIN), 589.
- Sclérose combinée subaiguë (L.-A. SALMON), 217.
- tubéreuse (DARDENNE), 474.
- lobaire; histologie (d'HOLLANDER et ROUVROY), 474.
- Sclérose en plaques; troubles sensitifs (ALAJOUANINE), 218.
- ; rapport des lésions et des troubles psychiques (J. HANDELSMAN), 492.
- Sclérose latérale et traumatisme (L. van BOGAERT), 98.
- amyotrophique et syphilis (L. van BOGAERT), 596.
- Sécrétions internes (les) devant l'évolution et l'hérédité (Max ARON), 343.
- Sensibilisation (psychoses de) (Mmes C. PASCAL et Andrée DESCHAMPS), 8.
- Sensitivo-motrice (tumeur de la zone) (RODRÍGUEZ-ARIAS), 195.
- Sentiments fondamentaux (Pierre JANET), 317.
- Service ouvert pour malades mentaux (TOULOUSE), 344.

Société Médico-Psychologique.

NOMINATIONS. — *Honorariat* :
LWOFF, 46. Paul SOLLIER,
564.

Membres titulaires : BOURGUI-
GNON, VIGNAUD, 163. LAR-
GEAU, 569.

Membres correspondants na-
tionaux : ARTUR, Paul COS-
SA, 47. E. LARRIVÉ, 430. FRO-
MENTY, 570.

Membres associés étrangers :
Plinio OLINTO, Casimir OR-
ZECZOWSKI, A.-C. PACHEVO E
SILVA, 47. O.-L. FOREL, 430.

— ; invitation de The Royal
Medico-psychological Association, 47.

— ; représentation de la Société
à la Fédération des Sociétés d'Eugé-
nique, 162.

— ; à propos de la malariathé-
rapie de la paralysie générale, 163,
288, 430.

— ; bureau pour 1931, 272.

— ; liste des membres, 272.

— ; liste des Présidents et des
Secrétaires généraux depuis la fon-
dation, 285.

— ; monument au professeur
Gilbert BALLET, 429.

— ; assemblée générale, 564.

— ; encouragement aux études
d'anatomie du système nerveux, 565.

— ; commission des finances,
566, 569.

— ; bureau pour 1932, 568, 569.

— ; nécrologie : Marcel NATHAN,
288.

Socio-individuels (principes) et psycho-
pathologie (Hans C. SYZ), 210.

Sommeil normal ; la fonction hypni-
que (Henri ROGER), 113.

— cataleptique et fonctions psycho-
motrices (H. CLAUDE, H. BARUK et
R. PORAK), 432.

— (centre du) (L. HALLION), 494.

Sosie (illusion des) (E. LARRIVÉ et H.-
J. JASIENSKI), 501.

Spasme de torsion et crises douloureu-
ses brachiales chez une tabétique
(ROUSSY et Mlle Gabrielle LÉVY), 94.

— à droite ; hémiparésie gauche
(R. SARRÓ et G. ESCARDÓ), 196.

— post-encéphalitique ; hypoto-
nie posturale (R. SARRÓ et G. ESCAR-
DÓ), 196.

— et pseudo-spasme d'origine
syncinétique (J. SÉBEK et Th. DOSUŽ-
KOV), 341.

Spirit (délire). Ecriture automatique
(LÉVY-VALENSI et H. EY), 39, 126.

Spondylolisthésis ; atteinte coxo-fémo-
rale ; modifications des réflexes ten-
dineux des membres inférieurs (An-
dré-THOMAS et H. SCHAEFFER), 96.

Striés (réflexes) provoqués par excita-
tion faradique (Th.-B. WERNOE), 337.
Stupeur schizophrénique (G. BYCHOWS-
KI), 328.

— ; traitement (Karl H. LANGESTRASS),
603.

Suicide (pseudo-) par dépit (P. COUR-
BON), 32.

— ; psycho-pathologie (A. DELMAS),
209.

Sulfonal ; intoxication (H. HOVEN), 213.
Surnaturel (catégorie affective du)
(LÉVY-BRUHL), 335.

Sympathique ; physiopathologie (J. SÉ-
BEK), 103.

— (réflexe) provoqué par une excita-
tion lointaine (André-THOMAS), 335.

— ; voies de la sensibilité doulou-
reuse (W.-J. MIXTER et J.-C. WHITE),
336.

— ; réflexes de posture et tonus mus-
culaire (J. SÉBEK et Th. DOSUŽKOV),
336.

Syphilis nerveuse ; évolution (J. S.
PATRIKIOS), 102.

Système nerveux ; perturbations par
l'électricité (Fr. RANSE), 337.

— ; anatomie (Paul COSSA), 488.

T

Tabès amaurotique ; délire de négati-
on (A. COURTOIS et J. BOREL), 553.

Takata-Ara (réaction de) (J. SALAS, L.
NAJERA et L. FANJUL), 621.

Tempérament (le) nerveux (Millais
CULPIN), 491.

Temporal (tumeur du lobe) ; troubles
cérébelleux (SUBIRANA), 197.

Temporo-occipitales (tumeurs) opérées
et guéries (Th. DE MARTEL, GUILLAUME
et JENTZER), 191.

Temps (les problèmes du) (Ed. PI-
CHON), 495.

Tests psychométriques dans les écoles
de Montréal (A.-H. DESLOGES), 602.

Thyroïde (glande) ; innervation
(J.-F. NONDEZ), 620.

Tonus musculaire ; physiopathologie
(Paul COSSA), 618.

Toxicomanies (O.-L. FOREL), 362 ;
(H.-W. MAIER et O.-L. FOREL), 476.

Transplantation familiale de l'enfant
(J. ROUBINOVITCH), 346.

Traumatisme cérébral ; déficience men-
tale (N. W. WINKELMAN), 212.

— encéphalitique fermé ; mortalité
précoce (J. PATEL et H. DESOILLE),
338.

- du crâne ; sinusite frontale ; automatisme mental délirant (DUFOUR-MENTEL et R. LARGEAU), 454.
- et maladie de Basedow (Marcel LABBÉ), 591.
- Travail anormal facteur de déficience mentale (Neil A. DAYTON), 346.
- Troubles mentaux ; recherches des foyers septiques (A. POOL), 213.
- ; intoxication par le vinaigre (A. BARRANCOS), 214.
- Tuberculeux pulmonaire ; paralysie bilatérale laryngée et mains d'Aran-Duchenne (SARRÓ), 100.
- (la responsabilité pénale du) (B. H. VASSILEFF), 110.
- Tuberculose ; réaction méningée ; syndrome d'action extérieure (Mlle BADONNEL et G. D'HEUCQUEVILLE), 449.
- Tumeur frontale (J. de BUSSCHER et A. DEWULF), 218.
- cérébrale (P. FILHO, A. FILHO et A. BORGES), 219 ; (HEERNU), 316.
- de la région sellaire (de MARTEL, OBERLING et GUILLAUME), 219.
- de l'angle ponto-cérébelleux (André THOMAS), 472.
- Tumeurs cérébrales ; localisation (Th. DE MARTEL), 219.
- Two on a tower (Stanley M. COLEMAN), 616.
- Typhoïde ostréaire chez un vacciné ; encéphalite avec paraplégie (HILLEMANT et MÉZARD), 95.

V

- Ventricule (3°) ; anatomie (M. BALADO), 214.
- Vertébrale ; artérite basse et lésion du bulbe (J.-A. BARRÉ), 95.
- Vertiges, lipothymies, agoraphobie chez les hépato-biliaires (DALSACE), 220.
- Vertigineux (troubles) réflexes d'ordre vaso-moteur (HAGUENAU et VERNET), 474.
- Vision simple binoculaire ; influences modificatrices (B. BOURDON), 333.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

- ABÉLY (Paul), PASSEK (V.) et ROGER (J.). Fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque-dépressive (réaction de Zondek), 163.
- ABÉLY (Xavier) et COULÉON. Bactériologie dans le délire aigu, 558.
- et COULÉON. Relations du délire aigu et de la psychose maniaque-dépressive, 562.
- ABESSARD. V. *Lhermitte*.
- ABRAMSON (Jadwiga). Hygiène mentale infantile en Allemagne, 345.
- ACKER (van). Complexe d'Œdipe, 594.
- ALAJOUANINE (Th.). V. *Guillain*.
- et THUREL (R.). Paralysies des mouvements des globes oculaires, 215.
- Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques, 218.
- et PETIT-DUTAILLIS. Tumeur solitaire du sciatique, 473.
- et GORCEVITCH (M.). Sémiologie de l'hypotonie musculaire ; hypotonie statique, 618.
- ALBANE (A.). V. *Baruk*.
- ALLEN (K. D.). V. *Ebaugh*.
- ALQUIER (L.). Les réactions neuro-tissulo-vasculaires dans les périviscérites, 218.
- ALZINA-MÉLIS. La mélancolie présénile, 212.
- AMELINE. Hypochondrie ; guérisseurs et psychologie des masses, 248.
- Phobie du bruit et monomanie du repos, 611.
- APPEL (K. E.). V. *Bond*.
- ARMENTERAS (M.). V. *Subirana*.
- ARON (Max). Les sécrétions internes devant l'évolution et l'hérédité, 343.

B

- BABONNEIX et MIGET. Atrophie musculaire progressive, 190.
- Encéphalites aiguës infantiles, 339.
- BADONNEL (Mlle) et d'HEUCQUEVILLE (Georges). Syndrome d'action extérieure révélateur de méningite chez un tuberculeux, 149.
- BAILEY (W.). Affection du système nerveux consécutive à l'avulsion dentaire, 218.
- BALADO (Manuel). Anatomie clinique et radiologique du 3^e ventricule, 214.
- BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITECA (J.). L'âge et les maladies organiques, contre-indications de la malariathérapie, 593.
- BARBÉ. *Discussion*, 439.
- Causes de la souffrance morale chez certains psychopathes, 611.
- BARBIER. V. *Bériel*.
- BARRANCOS (A.). Troubles mentaux dans l'intoxication par le vinaigre, 214.
- BARRÉ (J.-A.). Artérite basse de la vertébrale et lésion du bulbe, 95.
- BARUK (Henri) et JANKOWSKA (Halina). Les réactions émotives dans l'hébéphrène-catatonie, 327.
- *Discussion*, 413, 415, 453, 538.
- V. *H. Claude*.
- et ALBANE (A.). Catatonie intermittente suivant le rythme du sommeil, 439.
- V. *Tinel*.
- BAUDOUIN et HERVY. Quadriplégie post-sérothérapique, 473.
- BAUMANN (C.). Perméabilité de la barrière hémato-encéphalique, 105.
- BELEY. V. *Mignot*.
- BELTRAN (J.-R.). Psychanalyse et déliré, 617.

(1) Les indications en chiffres gras se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- BENEDITTI (Is. de), LASALA (Ro. A.) et BREST (Jorge Ro.). Etat dangereux sans délit; projet de loi, 624.
- BERDET (Henry). V. *Cl. Vincent*.
- BERGÈS (G.). V. *R. Letulle*.
- BÉRIEL et BARBIER. En marge du parkinsonisme; les équivalents mineurs, 341.
- BERTOLINI (F.). Traitement de la démence précoce par la malaria, 350.
- BERTRAND (I.). V. *Guillain*.
- V. *Crouzon*.
- Techniques histologiques de neuropathologie, 102.
- V. *Lesné*.
- BESANÇON (Justin-). V. *Villaret*.
- BOGAERT (L. van). Syndrome de sclérose latérale et traumatisme, 98.
- Hyperostose frontale interne, 219.
- Sclérose latérale amyotrophique et syphilis, 596.
- Affection tremblante progressive, 596.
- BOND (E. D.) et APPEL (K. E.). Traitement des jeunes post-encéphalitiques à l'école-hôpital, 222.
- BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme). V. *Marchand*.
- BOREL (J.). V. *Courtois*.
- BORGES (A.). V. *Filho*.
- BOSCH (Gonzalo). La folie en Argentine, 345.
- BOUDRY (Al.). La fatigue de l'enfant, 345.
- BOURDON (B.). Quelques influences modifiant la vision binoculaire, 333.
- BOURGEOIS (P.). V. *H. Claude*.
- BOYER. V. *R. Leroy*.
- BREGMAN et GLEICHGEWITCH (Mme). Myoclonies, 112, 113.
- BREST (Jorge Ro.). V. *I. de Benedetti*.
- BRILL (A.). Abraham Lincoln, humoriste, 603.
- BROGGY (E.). V. *d'Ormea*.
- BROWN (Sanger). L'initiation du grand public à l'hygiène mentale, 601.
- BUSCAINO (V. M.). Catatonie expérimentale, 114.
- BUSSCHER (J. de). Etude hydrodynamique de l'obstruction du canal rachidien par le manomètre de Ayer, 98, 621.
- et DEWULF (A.). Tumeur frontale, 218.
- BYCHOWSKI. Sur les états de stupeur schizophrénique, 328.

C

CAHANE. Hyperazotorachie et hyperchlororachie dans certaines maladies mentales, 312.

- CALLEVAERT (H.). Contracture hystérique à l'occasion de l'épidémie de poliomyélite, 491.
- CAMBRIELS. Psycho-névrose obsédante de dépersonnalisation, 611.
- CAPÉ. V. *Rodriguez-Arias*.
- CARPENTER (Ch. M.). V. *Hinsie*.
- CHARPENTIER (René). *Discussion*, 90, 144, 160, 539.
- De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions, 594.
- CHAVANY (J.-A.) et THIÉBAUT. Action variable de la picROTOXINE sur certaines hypertopies, 96.
- Chimiothérapie acridinique intrarachidienne dans la méningite cérébro-spinale, 224.
- et TOURNAY (Raymond). Apoplexie séreuse postarsénobenzénique; guérison, 588.
- CHENTRIER (Th.). La graphologie et l'enfant, 334.
- CHIARLI (Mlle Agnès). V. *Desruelles*.
- CHLOPICKI (L.). Bouffées hallucinatoires auditives et délire dans le parkinsonisme post-encéphalitique, 493.
- CHRISTOPHE. V. *Crouzon*.
- V. *Divry*.
- CLAUDE (Henri). *Discussion*, 31, 32, 69, 76, 77, 167, 176, 189, 299, 404, 407, 408, 453, 552, 562.
- , BOURGEOIS (P.), MASQUIN (P.) et GUEL. Syndrome pluri-glandulaire tardif, 40.
- et NACHT (S.). Conditions psychologiques précédant l'installation d'un état de catatonie, 409.
- , BARUK (H.) et PORAK (R.). Sommeil cataleptique et fonctions psychomotrices, 432.
- CODET (H.). V. *Maillard*.
- COLEMAN (Stanley M.). Two on a tower, 616.
- CORD. V. *Faure-Beaulieu*.
- CORDON (Al.). Formes hémorragiques et cérébelleuses de l'encéphalite léthargique, 339.
- COSSA (Paul). Anatomie du système nerveux, 488.
- Physiopathologie du tonus musculaire, 618.
- COUETTE. Le réflexe oculo-cardiaque dans la démence précoce, 208.
- COULÉON. V. *Xavier Abély*.
- COURBON (Paul). Pseudo-suicide par dépit, 32.
- et TUSQUES (J.). Bouffée délirante de persécution par transplantation sociale et caféisme, 36.
- *Discussion*, 160, 408, 552.

- Conduite du psychiatre envers les familles de ses malades, 222.
- et TUSQUES (J.). Régression tardive d'une paralysie générale impaludée, 405.
- COURTOIS (A.). V. *Roger Dupouy*.
- et MARESCAL (P.). Syndrome hallucinatoire et syndrome pallidal, 145.
- V. *Toulouse*.
- et BOREL (J.). Délire de négation chez un tabétique amaurotique, 553.
- DELAVILLE (M.) et RUSSELL (Mlle). Variations du rapport globulines/sérine dans quelques cas d'encéphalites psychosiques aiguës, 575.
- CRÉMIEUX (Albert). V. *H. Roger*.
- CROOKSHANK (F. G.). Organ-jargon, 209.
- CROUZON, PETIT-DUTAILLIS, BERTRAND et CHRISTOPHE. Médullo-épipithéliome du lobule paracentral, 96.
- CUATRECASAS (J.). Etiologie de l'encéphalite épidémique, 216.
- Signes pupillaires de l'encéphalite épidémique, 339.
- CUEL. V. *H. Claude*.
- CULPIN (Millais). Le tempérament nerveux, 491.

D

- DAGNELIE. Centres nerveux ; variations cytologiques après injection d'alcool ou de toxine diphtérique, 597.
- DALSACE. Vertiges, lipothymies, agoraphobie chez les hépato-biliaires, 220.
- DARDENNE. Sclérose tubéreuse, 474.
- DARQUIER. V. *Cl. Vincent*.
- DAVID (M.). V. *Cl. Vincent*.
- DAYTON (Neil A.). Le travail anormal comme facteur étiologique de déficience mentale, 346.
- DECOURT (J.). Ataxie cérébelleuse aiguë, 472.
- DELAVILLE (M.). V. *Courtois*.
- V. *Montassut*.
- DELMAS (Achille). Rapports de l'hypochondrie et de la constitution paranoïaque, 1.
- *Discussion*, 40, 90, 299, 413, 437, 438, 451, 582.
- Psycho-pathologie du suicide, 209.
- DERVIEUX. Quelques certificats médicaux étranges, 192.
- DESCHAMPS (Mlle Andrée). V. *Mlle Pascal*.
- DESLOGES (A.-H.). Les tests psychométriques dans les Ecoles de Montréal, 602.
- DESOILLE (H.). V. *Patel*.
- DESUELLES et CHIARLI (Mlle Agnès). Autohémothérapie dans le traitement des maladies mentales, 21.

- Amélioration des finances des asiles d'aliénés, 223.
- DEWULF (A.). V. *J. de Busscher*.
- DIMITRI (V.). Paralysie ascendante aiguë, 217.
- DIVRY et CHRISTOPHE. Trois cas de gliome frontal, 98.
- Endartérite des petits vaisseaux du cortex, 593.
- et CHRISTOPHE. Méningiomes, 597.
- DIXON (H.). V. *Ebaugh*.
- DONADY. V. *Léchelle*.
- DONNADIEU (A.). V. *Léo*.
- DOSUŽKOV. V. *Sébek*.
- DOSUŽKOVA (Véra). Pseudosclérose. Syndromes lenticulaires, 340.
- DRAVOVITCH (W.). Le sort de la personnalité, 333.
- DUBLINEAU. V. *Ch. Richet fils*.
- DUCHÈNE (R.). Réactions étranges des déments précoces, 109.
- DUERTO (J.). Pathogénie des céphalées rhinogènes, 218.
- DUFÉY. V. *Toulouse*.
- DUFOURMENTEL et LARGEAU (R.). Automatisme mental délirant ; sinusite frontale chez un ancien traumatisé du crâne, 454.
- DUMAS (Georges). *Discussion*, 153, 159, 161.
- Nouveau traité de psychologie, 487.
- DUPAIN. *Discussion*, 76.
- DUPOUY (Roger) et D'HEUCQUEVILLE (G.). Myxœdème et troubles mentaux chez une syphilitique, 26.
- *Discussion*, 31, 35, 89, 90, 451, 547, 551, 557.
- et RICHARD (H.). L'anxiété dans la démence précoce, 117, 229.
- et COURTOIS (A.). Imbécillité ; évolution démentielle ; syphilis cérébrale, 141.
- DUSSEY DE BARENNE (J. L.). Influence du système nerveux autonome sur la sensibilité de la peau, 497.

E

- EBAUGH (Fr. G.), DIXON (H.), KIENE H. E.) et ALLEN (K. D.). Etudes encéphalographiques dans la paralysie générale, 211.
- Tendances actuelles dans l'enseignement de la psychiatrie, 344.
- ECONOMO (von). Cérébration progressive et fondements du talent, 610.
- EMMA (M.). Délires similaires familiaux ; psychoses induites, 611.
- ENGEL. Iritis consécutive à la malaria-thérapie de la paralysie générale, 349.
- ENGLISH (W.). Les débiles intellectuels au Canada, 601.

- ETTEN (H. van). Le régime pénitentiaire en Belgique, 352.
 EY (Henri). V. *Lévy-Valensi*.
 — et LACAN (J.). Parkinsonisme et syndromes démentiels, 418.

F

- FALKOWSKI. Le système végétatif chez les schizophrènes, 330.
 FANJUL (L.). V. *Salas*.
 FAURE-BEAULIEU, MATHIEU et CORD. Névrite bulbo-spinale zostérienne, 190.
 — et CORD. Spasme oculo-facio-cervical post-encéphalitique, 473.
 FAY (Temple). Production, contrôle, mécanisme des crises convulsives, 490.
 FERNANDEZ (C. D.). Syndrome extrapyramidal palustre, 341.
 FERRARO (Ar.) et SCHEFFER (I. H.). Encéphalites et myéloencéphalites dans la rougeole, 326.
 FILHO (A.). V. *P. Filho*.
 FILHO (P.), FILHO (A.) et BORGES (A.). Tumeur cérébrale, 219.
 FLANDIN (Ch.) et GALLOIS (Jean). Hypotonies ; formes cliniques, 618.
 FOLLY. Confusion mentale retardée après ictus émotif. Bégaiement émotionnel, 309.
 FOREL (O. L.). Les toxicomanies ; psychologie et thérapeutique, 362.
 —. V. *Maier*.
 FRIBOURG-BLANC. V. *Lhermitte*.
 —. Psychonévroses de guerre, 199.
 FUSTER (J.). Epreuve de Fernald-Jakobsohn chez les délinquants, 351.

G

- GADELIUS (B.). Epilepsie et mariage, 347.
 GALLOIS (Jean). V. *Flandin*.
 GARCIN. V. *Guillain*.
 GARMENDIA (F. S.). Assistance familiale des aliénés dans l'Uruguay, 222.
 GEHUCHTEN (van). Hématome sous-dural, 589.
 GEMELLI (A.). La psychologie expérimentale dans l'étude des exercices physiques, 496.
 GIACOMO (U. de). Action de la bulbo-capnine chez l'homme, 114.

- GIBSON (Alexander G.). Troubles mentaux dans les maladies du cœur, 212.
 GILLE (M.). La psychiatrie à l'époque de la Renaissance, 610.
 GLEICHGEWITZ (Mme). V. *Bregman*.
 GLOBUS (J.-H.) et SILBER (S.). Les Pinéalomes, 619.
 GOLDSMITH (H.). V. *Katzeneibogen*.
 GOPCEVITCH (M.). V. *Alajouanine*.
 GORRITI (Fernando). Deux réflexes neurovégétatifs, 485.
 —. Signification de la polydipsie psychopathique, 611.
 —. Episodes sexuels dans un délire chronique de Magnan, 612.
 GRECO (G.). Variations hémoclasiques à la suite de la ponction lombaire, 343.
 GRIECO Y BAVIO (Al.). L'état émotionnel, 333.
 GUILLAIN (G.), SCHMITTE (P.) et BERTRAND (I.). Tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux, 94.
 — et ALAJOUANINE. Etudes neurologiques, 101.
 —, ALAJOUANINE et GARCIN. Paralyse post-encéphalitique du sciatique poplitée externe, 589.
 GUILLAUME (J.). V. *de Martel*.
 GUIRAL (Ro. J.). Hystérie oculaire, 491.
 GUIRAUD. *Discussion*, 175, 298, 438, 439, 453, 583.
 GULLOTTA (S.). Le calcium du sang et des urines chez les déments précoces, 622.
 GURDJIAN (E. S.). Phénomène moteur catatonique après fracture du crâne avec lésion cérébrale, 489.

H

- HAGUENAU et VERNET. Troubles vertigineux réflexes d'ordre vaso-moteur, 474.
 HALBERSTADT. *Discussion*, 453.
 HALLION (L.). Centre du sommeil, 494.
 —. Action de l'hyperthyroïdie sur les phanères ; inhibition par l'hématoéthyréidine, 623.
 HAMEL. *Discussion*, 298.
 HANDELSMAN (J.). Rapport des lésions et des troubles psychiques dans la sclérose en plaques du cerveau et de la moelle, 492.
 HANEY (G.-W.). V. *Larson*.
 HARROWES (W. M.). La réaction névropathique, signe précurseur de schizophrénie, 331.

- L'épisode maniaque réactionnel, 614.
- HASKOVEC (V.). V. *Taussig*.
- HEERNU. V. *Laruelle*.
- Tumeur cérébrale, 316.
- HENDERSON (D. K.) et MACLACHLAN (Sarah H.). La maladie d'Alzheimer, 111.
- HENDRIKSEN (V.). Résultats de la malariathérapie de la paralysie générale, 348.
- HENRI (G. W.). Catatonie chez les oiseaux, 114.
- HERVY. V. *Baudouin*.
- HEUCQUEVILLE (G. d'). V. R. *Dupouy*.
- V. *Mlle Badonnel*.
- et NEOUSSIKINE (Mlle B.). Mouvements anormaux de la queue du sourcil, 459.
- V. *Laignel-Lavastine*.
- HEUYER. *Discussion*, 35, 53, 60, 76, 298, 413, 438, 439, 587.
- , LHERMITTE, de MARTEL et VOGT (Mlle C.). Macrogénitosomie liée à un épéndymogliome mamillo-tubéral, 191.
- et SERIN (Mlle). Les formes arrêtées ou fixées de la démence précoce, 452.
- HILL (T. R.). L'émotion d'un point de vue neurologique, 492.
- HILLEMANT et MÉZARD. Encéphalite avec paraplégie au décours d'une typhoïde ostréaire chez un vacciné, 95.
- HINSIE (Lc. E.) et CARPENTER (Ch. M.). Traitement radiothermique de la paralysie générale, 350.
- Rééducation dans le traitement de la psychose maniaque-dépressive, 616.
- HIRSDANSKY (Sara). Problèmes associés à la psychiatrie infantile, 346.
- HOLLANDER (B.). Le cerveau, l'esprit et les signes extérieurs de l'intelligence, 607.
- HOLLANDER (d') et ROUVROY. Sclérose lobaire ; lésions histologiques, 474.
- L'endartérite syphilitique, 595.
- HOVEN (H.). Démence à la ménopause, 212.
- Intoxication par le Sulfonal, 213.
- Mélancolie de la ménopause, 475.
- Examen anatomo et histopathologique des psychoses, 619.
- HUMBERT (P.). V. *Petit*.
- HURST (R.-H.). Les acides organiques dans le liquide céphalo-rachidien, 621.

I

IBIAPINA (A.). V. *Malagueta*.

J

- JACOBI (A.). V. *Jutz*.
- JANET (Pierre). De l'angoisse à l'extase. Les sentiments fondamentaux, 317.
- JASIENSKI (H. J.). V. *Larivière*.
- JELLIFFE (Smith Ely). Psychonévroses de guerre, 203.
- Histoire de la synthèse de la psychose maniaque-dépressive, 613.
- JENTZER (A.). V. de *Martel*.
- JUNCOSA. V. *Rodriguez-Arias*.
- JUTZ (B.) et JACOBI (A.). Rupture de la rate après malariathérapie, 349.

K

- KAHN (Pierre-). *Discussion*, 35.
- V. *Laignel-Lavastine*.
- KASANIN (J.). Les psychoses affectives de l'enfance.
- KATZENELBOGEN (S.) et GOLDSMITH (H.). La barrière hémato-encéphalique ; épreuve du bromure dans les maladies mentales, 620.
- KERNBACH (M.). V. *Urechia*.
- KESCHNER (M.) et SLOANE (P.). Parkinsonisme encéphalitique, idiopathique et artério-scléreux, 340.
- KIENE (H. E.). V. *Ebaugh*.
- KLEIN (Fr.). La réaction de Kabelik, modification du Wassermann, 342.
- KRAFFT-EBING (R. von). Psychopathia sexualis, 606.
- KREBS (E.) et MOLLARET (P.). Aspects successifs de maladie de Friedreich et d'hérédotaxie cérébelleuse, 191.
- KREINDLER (A.). V. *Marinesco*.
- KYRIACO (N.). V. *Lhermitte*.
- V. *Pichard*.

L

- LABBÉ (Marcel). Traumatisme et maladie de Basedow, 591.
- LACAN (J.). V. *Lévy-Valensi*.
- V. *Henri Ey*.
- LACOMBE (R.-E.). Sur l'intérêt de la tentative de Freud, 615.
- LAFORA (G.-R.). Les personnalités psychopathiques ou psychopathes, 610.
- LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN (Pierre-). Encéphalopathie survenant après une pyélonéphrite, 66.
- *Discussion*, 452.
- et STERN. Parkinsonisme avec main hypothalamique, 472.

- et HEUCQUEVILLE (G. d'). Test clinique d'émotion applicable à l'examen des prévenus ; le pH urinaire différentiel, 592.
- LANGESTRASS (Karl H.). Le traitement des états de stupeur, 603.
- LAPEYRE (Joseph). Pression artérielle et courbes oscillométriques dans la démence précoce, 486.
- LARGEAU. V. *Dufourmentel*.
- LARRIVÉ (E.) et JASIENSKI (H. J.). L'illusion des sosies, 504.
- LARSON (John E.) et HANEY (G.-W.). Variations des fonctions cardio-respiratoires dans l'étude des personnalités, 603.
- LARUELLE et HEERNU. Paralyse générale juvénile et sclérose combinée de la moelle, 211.
- et HEERNU. Syndrome amyostatique, 220.
- LASALA (Ro. A.). V. *Benedetti*.
- LAUNAY (Cl.). V. *Lesné*.
- LÉCHELLE, THÉVENARD et DONADY. Hémi-algies paroxystiques et troubles sympathiques, 190.
- LE GUILLANT. *Discussion*, 407.
- LEMAIRE (A.). V. *Loeper*.
- LÉOPOLD-LÉVI. Nervosisme et glandes endocrines, 488.
- LEROY (A.). Obnubilation pendant plusieurs années, suite de commotion, 97.
- Phényléthylmalonylurée dans les affections mentales et les états mélancoliques en particulier, 475.
- Automatismes ambulatoires chez une encéphalitique hypertonique, 493.
- LEROY (R.). *Discussion*, 159.
- , MÉDAKOVITCH et MONIER. Étiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux impaludés, 170.
- et MÉDAKOVITCH. Gomme syphilitique de l'amygdale chez une paralytique générale impaludée, 290.
- et MÉDAKOVITCH. Malaria larvée chez les paralytiques généraux impaludés et attaques épileptiformes, 291.
- et MÉDAKOVITCH. Paralyse générale et Malariathérapie, 324.
- , MÉDAKOVITCH et BOYER. Éruption secondaire et alopécie chez une paralytique générale impaludée, 431.
- , RUBÉNOVITCH et TRELLES. Psychose maniaque-dépressive ou schizophrénie évolutive ? 530.
- LESNÉ (E.), BERTRAND (Ivan) et LAUNAY (Cl.). Tumeur à évolution aiguë du mésocéphale au cours de la coqueluche, 192.
- LETULLE (R.) et BERGÈS (G.). Notions utiles sur les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulière, 342.
- LEULIER (M.). V. *Mignon*.
- LÉVY (Mlle Gabrielle). V. *Roussy*.
- Le syndrome parkinsonien de l'encéphalite épidémique, 340.
- LÉVY-BRUHL. Catégorie affective du surnaturel, 335.
- LÉVY-VALENSI (J.) et EY (Henri). Délire spirite. Écriture automatique, 39, 126.
- , MIGAULT (P.) et LACAN (J.). Troubles du langage écrit chez une paranoïaque, 407 ; schizographie, 508.
- LEY (Aug.). L'enseignement universitaire de la psychiatrie à Bruxelles, 315.
- LEY (J.). Oblitération de la sylvienne. Les « artères terminales » du cerveau, 99, 337.
- V. *Baonville*.
- LHERMITTE (J.) et KYRIACO (N.). Syndrome infundibulaire d'origine syphilitique, 95.
- V. *Heuyer*.
- , FRIBOURG-BLANC et KYRIACO. Gliose angiohypertrophique de la moelle, 191.
- et ABESSARD. Dystonie parkinsonienne, 340.
- et MASSARY (J. de). Encéphalite aiguë à forme cérébelleuse pure, 590.
- LINDER (F. E.). V. *Malamud*.
- LOEPER (M.), PATEL (J.) et LEMAIRES (A.). Traitement des hypotensions du liquide céphalo-rachidien, 498.
- LÔO (P.) et DONNADIEU (A.). Paralyse générale à évolution continue et prolongée, 523.
- LORENZ (W. F.). Psychonévroses de guerre, 201.
- LUXENBURGER (Hans). La pratique eugénique en psychiatrie, 347.

M

- MACKIEWITZ (J.). Glioblastomatoses diffuse multicentrique, 338.
- MACLACHLAN (Sarah H.). V. *Henderson*.
- MADIGAN (Patrick S.), ODOM (Cleve C.) et PORTER (William C.). Psychonévroses de guerre, 202.
- MAGE. Syndrome bulbaire, 596.
- MAIER (H. W.) et FOREL (O. L.). Psychologie et clinique des toxicomanies, 476.
- MAILLARD (G.) et CODET (H.). Épilepsie réflexe d'origine intestinale par corps étranger, 69.
- MALADE (UN EX-). Le milieu asilaire, 223.
- MALAGUETA (I.) et IBIAPINA (A.). Crises oculogires dans l'encéphalite léthargique, 113.

- MALAMUD (W.) et MILLER (Wilbor). Essai de psychothérapie des schizophrénies, 604.
- et LINDER (F. E.). Les rêves et leurs relations avec les impressions récentes, 616.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 76, 90, 144, 154, 299, 404, 413, 562, 583.
- V. *Toulouse*.
- et FULLER (H.-A.). Fétichisme du pied chaussé et hérédo-syphilis, 447.
- BONNAFOUS - SÉRIEX (Mme) et ROUART (J.). Syndrome de démence précoce consécutif aux affections organiques du névraxe, 540.
- MARESCAL (P.). V. *Courtois*.
- MARIE (Auguste). Influences psychopathiques ancestrales, 105.
- Etiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux impaludés, 289.
- L'action des toxiques dans l'aliénation mentale au point de vue psychanalytique, 617.
- MARINESCO (G.), SAGER (O.) et KREINDLER (A.). Réflexes conditionnels dans l'hystérie, 473.
- L'audition colorée, 496.
- MARTEL (Th. de). V. *Heuyer*.
- , GUILLAUME (J.) et JENTZER (A.). Tumeurs temporo-occipitales opérées et guéries, 191.
- , GUILLAUME et JENTZER. Ablation d'un neurinome du nerf auditif, 192.
- Localisation des tumeurs cérébrales, 219.
- , OBERLING et GUILLAUME. Tumeur de la région sellaire, 219.
- Accidents post-opératoires en chirurgie cérébrale, 498.
- MASQUIN (P.). V. H. *Claude*.
- Les syndromes confusionnels dans les grands traumatismes crâniens, 106.
- MASSANT (Ch.). Paralyse générale et psychose syphilitique, 97.
- Physiologie du liquide céphalo-rachidien, 193.
- MASSAUT (J.). Historique de la colonie de Liernex, 193.
- MATHIEN. Hémiplégie gauche avec troubles aphasiques et psychiques, 194.
- MATHIEU. V. *Faure-Beaulieu*.
- Compressions médullaires ; varices des veines spinales, 609.
- MATZ (Philip. B.). Psychonévroses de guerre, 201.
- MAZA (P.). Céphalalgie ; ostéite syphilitique du crâne, 600.
- MAZACOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. V. *Procházka*.
- MÉDAKOVITCH. V. R. *Leroy*.
- MÉNARD (Pierre). Ecriture et subconscient, 323.
- MENNENS (G.). Aptitudes psychiques chez les prisonniers, 351.
- MEURIOT. *Discussion*, 562.
- MÉZARD. V. *Hillemand*.
- MIGAULT (P.). V. *Lévy-Valensi*.
- MIGET. V. *Babonneix*.
- MIGNON (H.), LEULIER (M.) et PICARD (J.). Syndrome strié, avec démence affective, chez une paralytique générale humoralement guérie par la malariathérapie, 61.
- MIGNOT et BELEY. Psychose périodique et érotomanie associée aux accès, 570.
- MILLER (Wilbor). V. *Malamud*.
- MIRA (E.). Valeur des épreuves mentales en psychiatrie, 100.
- Valeur pronostique du métabolisme basal dans la psychose maniaque-dépressive, 623.
- MIXTER (W. J.) et WHITE (J. C.). Voies de la sensibilité douloureuse du sympathique, 336.
- MODRAKOWSKI (G.). Action pharmacologique et toxicologique de l'alcool, 213.
- MOLLARET (P.). V. *Krebs*.
- MONIER. V. R. *Leroy*.
- MONTASSUT (M.) et DELAVILLE (M.). La dépression constitutionnelle, 612.
- MONTEYS (J.). V. *Subirana*.
- MOREAU. Narcolepsie et polyglobulie, 597.
- MORGENTHAU (W.). V. *de Saussure*.
- MOURGUE (R.). Le problème biologique de l'hallucination, 301.
- MUSKENS. Fonctions de l'olive inférieure, 192.
- MUSSEN (A. T.). Le cervelet ; lésions des lobes ; réactions à la stimulation, 338.
- MUSO (R.). Méthode simplifiée de réaction de fixation du complément, 342.

N

- NACHT (S.). V. H. *Claude*.
- *Discussion*, 551.
- NAJERA (L.). V. *Salas*.
- NATHAN (M.). Les malades dits imaginaires, 322.
- NEGRO (Fed.). Fonctions du liquide céphalo-rachidien, 589.
- NEOUSSIKINE (Mlle M.). V. *d'Heucqueville*.
- NOGUÉ (J.). La rétine n'est-elle qu'une surface ? 334.
- NONIDEŽ (J.-F.). Innervation de la glande thyroïde, 620.
- NOTKIN (J.) et PIKE (F. H.). Action de la caféine, de l'adrénaline et des bromures sur les convulsions, 491.
- NYSEN (R.). La valeur de l'hyperpnée dans le diagnostic de l'épilepsie, 112.

O

OBARRIO (J. M.) et PETRE (Al. J.). Syndrome parkinsonien mélancolique et hyperglycémie, 493.

OBERLING. V. de Martel.

— V. Roussy.

OBERNDORF (Mme Clarence). Psychanalyse des gens mariés, 603.

ODOM (Cleve C.). V. Madigan.

OGDEN (W.). Les protéines du sérum dans la paralysie générale, 342.

OMBREDANNE (M.). V. Velter.

ORMEA (A. d') et BROGGI (E.). Pyrétothérapie vaccinale, 350.

OVERHOLSER (W.). Apports de la psychiatrie à la législation criminelle, 351.

— Psychiatrie et crime, 352.

P

PARRON (C. I.). Inversion sexuelle ou intersexualité psychique et somatique en rapport avec des altérations infundibulo-hypophysaires, 91.

PASCAL (Mlle C.) et DESCHAMPS (Mlle Andrée). Psychoses de sensibilisation, 8.

— et VIÉ (J.). Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer, 327.

PASSEK (V.). V. Paul Abély.

PATEL (J.) et DESOILLE (H.). Mortalité précoce dans les traumatismes encéphaliques fermés, 338.

— V. Loeper.

PATRIKIOS (J. S.). Evolution de la syphilis nerveuse, 102.

PATRY (Fr. L.). Influence de l'heure, du sommeil et autres facteurs sur les crises épileptiques, 490.

PAULHAN (F.). Le sens du rire, 333.

PENROSE (L. S.). Schizophrénie de longue durée, 329.

PÉRON (Noël). Discussion, 53.

PETIT (Georges). Poliocéphalite supérioritaire hémorragique de Wernicke. Syndrome du noyau rouge et de Parinaud, 48.

— Discussion, 53, 61, 89, 90, 154, 427.

— et HUMBERT (P.). Psychopathie infectieuse polymorphe, 54.

PETIT-DUTAILLIS. V. Crouzon.

— et CHRISTOPHE (J.). Compression médullaire par angiolirome extradural, 472.

— V. Alajouanine.

PETRE (Al. J.). V. Obarrio.

PICHARD. V. Roger Dupouy.

— et KYRIACO. Erythème barbiturique, 584.

PICHON (Ed.). Etude des problèmes du temps, 495.

PIÉRON (H.). L'année psychologique, 205.

— L'attention, 331.

— Nouvelles données sur la dissociation des douleurs cutanées, 496.

PIKE (F. H.). V. Notkin.

PIROT (G.). V. H. Roger.

PODWINSKI (J.). Section psychiatrique de l'hôpital de Saint-Jacques à Vilno, 223.

POL (Cesare). Le pH et la réserve alcaline dans les maladies mentales, 622.

POOL (A.). Foyers septiques dans les troubles mentaux, 213.

PORAK (R.). V. H. Claude.

POROT (A.). Aux confins de la maladie, 206.

PORTER (W. C.). V. Madigan.

POTTER (Howard W.). L'hypophrénie, symptôme de paralysie juvénile, 210.

POUFFARY (C.). Du délire aigu à l'encéphalite épidémique, 77.

POURSINES (Yves). V. Henri Roger.

PRIEUR (M.). V. Trénel.

PROCHÁZKA et MAZACOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Polysan dans la thérapeutique des maladies nerveuses et mentales, 224.

PUECH (E.). V. Cl. Vincent.

R

RABINOWICZ (L.). Le crime passionnel, 108.

RAILENU (G.). V. Roussy.

RANSE (Fr.). Perturbations du système nerveux dues à l'électricité, 337.

RAPPOPORT (Mlle Fanny). V. Cl. Vincent.

RENZO (F. di). Réserve alcaline du sang et pH urinaire chez les épileptiques, 622.

— et VITELLO (A.). Modifications biologiques chez les épileptiques par l'emploi d'anticonvulsifs et du chlorure de calcium, 623.

RETEZEANU (Mme A.). V. Urechia.

REUMONT (Mlle). Nouvelle technique d'imprégnation argentine, 192.

REVAULT d'ALLONNES. Discussion, 299.

RICHTER (Ch.) fils et DUBLINEAU. Pathogénie des troubles du métabolisme azoté dans les maladies mentales, 483.

ROBERTSON (Dunlop). Source d'excitation de la rigidité ; mécanisme de la récurrence, 112.

- ROBERTSON (G. M.). Cliniques pour malades mentaux libres, 221.
- ROCHA (R. Arditi) et SILVA (R. B.). Excitation maniaque chez un enfant épileptique et pervers, 210.
- RODIET (A.) et HEUYER (G.). La folie au xx^e siècle, 484.
- RODRIGUEZ (Raf. E.). Epilepsie convulsive ; décalcification ; cataracte, 490.
- RODRÍGUEZ-ARIAS et JUNCOSA. Syndrome adiposo-génital d'origine non-tumorale, 99.
- Tumeur de la zone sensitivo-motrice, 195.
- Réactivation de l'encéphalite épidémique, 198.
- et CAPÓ. Gomme cérébrale guérie par une cure spécifique, 482.
- Encéphalomyélite aiguë disséminée chez deux jumelles, 600.
- ROGER (Henri). Narcolepsie, 113.
- Le sommeil normal ; la fonction hypnotique, 113.
- Les aphasies, 211.
- et CRÉMIEUX (Albert). Les hémiplegies par spoliation sanguine abondante.
- , SEDAN (J.) et PITOT (G.). Ptosis sympathique, 216.
- et POURSIÈRES (Yves). La méningococcie à forme pseudo-palustre, 217.
- ROGER (J.). V. *Paul Abély*.
- ROUART (J.). V. *Marchand*.
- ROUBAKINE (A.). Les opiomanes dans l'U. R. S. S., 214.
- ROUBINOVITCH (J.). Transplantation familiale de l'enfant, 346.
- ROUSSY (G.) et LÉVY (Mlle Gabrielle). Spasme de torsion et crises douloureuses du bras chez une tabétique, 94.
- , OBERLING (Ch.) et RAILLEU (G.). Les neurospongiomes, 620.
- ROUVROY. V. *d'Hollander*.
- ROWE (St. N.). Le syndrome de Laurence-Bield, 494.
- RUBÉNOVITCH. Les symptômes de la démence précoce, 326.
- V. *R. Leroy*.
- RUSSELL (Mlle). V. *Courtois*.

S

- SAGER (O.). V. *Marinesco*.
- SALAMERO (F.). V. *Subirana*.
- SALAS (J.), NAJERA (L.) et FANJUL (L.). Contribution à l'étude de la réaction de Takata-Ara, 621.
- SALMON (L. A.). Sclérose combinée subaiguë, 217.

- SARIC (M. D.). Contribution à la ca-suistique des syndromes parkinsoniens, 493.
- SARRÓ (R.). Paralyse bilatérale laryngée et mains d'Aran-Duchenne chez un tuberculeux pulmonaire, 100.
- et ESCARDÓ (G.). Hémiparésie gauche et spasme de torsion droit, 196.
- et ESCARDÓ (G.). Torsion post-encéphalitique par hypotonie posturale hémilatérale, 196.
- et TAVERNA (M.). Hypométabolisme de la neurasthénie constitutionnelle, 482.
- Pédophilie sado-masochiste, 598.
- Souvenirs obsessifs pendant les crises oculogyres, 599.
- SAUSSURE (R. de) et MORGENTHAUER (W.). Les délinquants psychopathes, 477.
- SCHAEFFER (H.). V. *André-Thomas*.
- SCHAEFFER (I. H.). V. *Ferraro*.
- SCHIFF (Paul) et TRELLES (J. O.). Homosexualité post-encéphalitique, 454, 239.
- et TRELLES (J. O.). Attaques toniques et fureur chez un encéphalitique, 397.
- Discussion, 453.
- SCHMITTE (P.). V. *Guillain*.
- SCHOENNAGEL. Psychoses syphilitiques. États d'excitation et syphilis, 107.
- SÉBEK (Jan). Physiopathologie du sympathique, 103.
- Le réflexe oculo-sudoral, 336.
- et DOSUŽKOV (Th.). Réflexes de posture, tonus musculaire et sympathique, 336.
- et DOSUŽKOV (Th.). Spasme de torsion, 341.
- SEDAN (J.). V. *Henri Roger*.
- SEMELAINÉ (R.). Gilbert Ballet, 357.
- SENISE (T.). Epilepsie et démence précoce, 489.
- SERIN (Mlle). Dépistage des troubles médico-psychiques, 468.
- V. *Heuyer*.
- SÈZE (S. de). V. *Villaret*.
- SHUWER (Camille). Sur la signification de l'art primitif, 335.
- SIDAWY (J. E.). La catatonie intermittente et la crise de catalepsie hystérique, 486.
- SILBER. V. *Globus*.
- SILVA (R. B.). V. *Rocha*.
- SILVERSTEIN (A.). Syndrome de Gélinau, 614.
- SIMON. Discussion, 299.
- Pédagogie des enfants arriérés et anormaux, 324.
- SJÖGREN (Torsten). L'idiotie amaurotique juvénile, 494.
- SLAGLE (E. C.). L'éducation du personnel psychiatrique, 223.
- SLOANE (P.). V. *Keschnner*.

- SMITH (Jens. Chr.). Casuistique gémellaire psychiatrique; psychose maniaque-dépressive, 614; ressemblance et dispositions des membranes, 614.
- SOLA (J. E.). Les groupes sanguins dans les différentes formes d'aliénation mentale, 343.
- SOLER-MARTIN (M.). Nouvelle loi sur l'Assistance des malades psychiques en Espagne, 483.
- SPIEGEL (E.). Mécanisme central des crises épileptiques généralisées, 489.
- SPOTA (B.). Epilepsie jacksonienne par épithélioma des plexus choroïdes, 339.
- STEKEL (W.). Les états d'angoisse nerveux et leur traitement, 207.
- STEPOWSKA. Examen de la sensibilité auditive chez les enfants arriérés, 497.
- STERN. V. *Laignel-Lavastine*.
- STRAUSS (E. B.). La constitution psychobiologique des arriérés, 210.
- SUBIRANA (A.). Astasie-abasie, vertiges; nystagmus chez un tuberculeux pulmonaire, 195.
- Tumeur temporale gauche; troubles cérébelleux, 197.
- Calcifications intracérébrales visibles chez les épileptiques, 197.
- Syndrome de Little; athétose; influence de la bulbocapnine, 481.
- Syndrome d'hypertension intracranienne; tumeur temporo-occipitale, 481.
- et MONTEYS (J.). Torticolis spasmodique, 483.
- et ARMENTERAS (M.). Encéphalomyélite disséminée, type sclérose en plaques, avec amyotrophie, 598.
- et SALAMERO (F.). Névrite rétro-bulbaire et altérations radiologiques intra-craniennes, 599.
- SYZ (Hans C.). Principes socio-individuels et psycho-pathologie, 210.

T

- TAUSSIG (M. L.). et HASKOVEC (V.). Troubles psychiques dans la méningite basilaire, 111.
- TAVERNA (M.). V. *Sarró*.
- TENNENT (Th.). Traitement prolongé de la paralysie générale par la tryparsamide, 349.
- TEYSSIEU (Molin de). Thérapeutique moderne de l'hypertension crânienne, 498.
- THÉVENARD. V. *Léchelle*.

- THIÉBAUT. V. *Chavany*.
- THOMAS (André-) et SCHAEFFER (H.). Spondylolystésis avec atteinte des articulations coxo-fémorales, 96.
- La chorée et la réflectivité pathologique de l'écorce cérébrale, 216.
- Le nystagmus rotatoire et la syringobulbie, 218.
- Réflexe sympathique circonscrit provoqué par une excitation lointaine, 335.
- Algies de la ménopause; apophyse costiforme, 344.
- et SCHAEFFER (H.). Macrogénitosomie précoce; hydrocéphalie sans néoplasme, 471.
- Syndrome de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, 472.
- THUILIER-LANDRY (Mme). *Discussion*, 408.
- TINEL (J.). Mélancolie provoquée par la joie, 155.
- *Discussion*, 413, 416.
- et BARUK (H.). Les réflexes végétatifs chez les catatoniques, 547.
- TITECA (J.). V. *Baonville*.
- TOLOSA-COLOMER (E.). Rôle de l'alcool et de la syphilis dans la polyradiculo-névrite, 598.
- TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS. Encéphalites psychosiques secondaires, 326.
- Le service ouvert pour les malades mentaux, 344.
- Prophylaxie et Hygiène mentales, 344.
- , COURTOIS et DUFET. Séquelles mentales des encéphalites psychosiques aiguës, 582.
- TOURNAY (Raymond). V. *Chavany*.
- TRELLES (J. O.). V. *Schiff*.
- V. R. *Leroy*.
- TRÉNEL. *Discussion*, 35.
- et PRIEUR (M.). Alopécie congénitale familiale héréditaire avec caractère précoce, 220.
- TRIANAPHYLLOS (Denis). Le trouble essentiel de la schizophrénie et des affections psychiques en général, 330.
- TRUELLE. *Discussion*, 299, 582.
- TUSQUES (J.). V. *Courbon*.

U

- URECHIA (C. I.) et KERNBACH (M.). Les morphinomanes d'opportunité, 176.
- Psychoses grippales, 179.
- et RETEZEAU (Mme A.). Psychoses cancéreuses, 467.

V

- VASSILEFF (B. H.). La responsabilité pénale du tuberculeux, 110.
- VELTER et OMBREDANNE (M.). Section du VIII pour vertiges. Guérison, 588.
- VERMEYLEN (G.). Organisation médicale de la clinique psychiatrique universitaire, 316.
- Paralyse générale. Troubles mentaux non démentiels deux ans après malariathérapie, 316.
- VERNET. V. *Haguenau*.
- VERVAECK (L.). Augmentation du nombre des débiles mentaux, 210.
- La conception moderne de la prison, 624.
- VEYGA (F. de). L'intelligence et la vie, 608.
- VHÉ (J.). V. *Mlle Pascal*.
- VIKTORA (M. K.). Encéphalite aiguë primaire récidivante, 114.
- VILEY (P.). Psychologie de la lecture tactile, 334.
- VILLARET (M.), JUSTIN-BESANÇON et de SÈZE (S.). Embolies cérébrales expérimentales, 338.
- VINCENT (Clovis) et DARQUIER. Tumeur du lobe frontal, 95.
- , PUECH (E.) et DAVID (M.). Sept cas d'arachnoïdite opto-chiasmatique, 96.

- , RAPPOPORT (Mlle F.) et BERDET Henry). Adénome de l'hypophyse avec troubles mentaux. Technique opératoire, 590.
- VITELLO (A.). V. *F. di Renzo*.
- VOGT (Mlle C.). V. *Heuger*.
- Vos (de). Syndrome paranoïde chez un paralytique général après érysipèle au cours d'une rémission post-malarique, 97.

W

- WAGNER-JAUREGG. Thérapeutique de la paralysie générale par les infections, 348.
- WERNOE (Th. B.). Réflexes striés par excitation faradique, 337.
- WHITE (J. C.). V. *Mixter*.
- WINKELMAN (N. W.). Traumatisme cérébral et déficience mentale, 212.

Z

- ZAND (N.). La base anatomique de l'emprostotonos, 620.
- ZILBOORG (Gregory). Structure intime des schizophrénies, 604.
- Réactions dépressives relatives à la famille, 613.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



LES RAPPORTS DE L'HYPOCHONDRIE ET DE LA CONSTITUTION PARANOÏAQUE

PAR

F.-ACHILLE DELMAS

L'intéressante communication sur l'hypocondrie faite par M. Paul Courbon, dans la séance du 30 mars 1931 de la Société Médico-psychologique, m'a amené à indiquer, au cours de la discussion, comment la genèse des réactions hypocondriaques me paraissait se rattacher aux tendances paranoïaques. Comme cette opinion s'est heurtée à quelques critiques, je vous demande la permission de préciser aujourd'hui ma pensée sur ce point.

Sur la définition, l'accord est facile. Prenons celle que vient de proposer M. le P^r Abadie : elle est concise et complète : « l'hypocondrie est l'exagération du souci de sa propre santé et la recherche excessive de la défense de celle-ci ».

Sur un autre point encore l'accord me paraît général : tout le monde, en effet, considère les tendances à l'hypocondrie comme faisant partie de la personnalité profonde du sujet, c'est-à-dire comme innée, précoce, continue, et seulement susceptible de se manifester avec plus ou moins de discrétion ou, au contraire, d'exubérance suivant les circonstances.

La question litigieuse et importante reste la suivante : pourquoi y a-t-il des sujets dont les préoccupations portent spécialement et exagérément sur leur propre santé et d'autres, point ?

J'ai dit l'autre jour comment je croyais avoir été amené spontanément à constater la présence des tendances paranoïaques chez quelques hypocondriaques et comment, à partir de ce moment-là, c'est-à-dire pendant plus de quinze ans, mon application à vérifier cette coïncidence me l'avait révélée constante, de telle sorte que j'ai cru pouvoir l'énoncer comme une loi de la clinique.

Mais ici, comme toujours, il y a les faits et il y a leur interprétation et je dois préciser quand et comment se justifie pour moi la présence de tendances paranoïaques ; il se pourrait, en effet, que je les admette là où d'autres hésiteraient à les reconnaître.

Si nous mettons de côté la très grande majorité des observations où ces tendances sont tellement marquées et évidentes que nul ne peut ni les méconnaître, ni les contester, il reste quelques cas dans lesquelles nous admettons leur présence et où on pourra cependant nous reprocher de les admettre.

Voyons les raisons que nous invoquons pour une telle interprétation. Si nous avons contribué par un apport quelque peu personnel à l'histoire des constitutions psychopathiques, c'est sans doute dans la confrontation que nous avons proposée des constitutions pathologiques et des états psychologiques normaux et dans la conclusion que nous avons cru pouvoir tirer de cette confrontation, à savoir que les constitutions psychopathiques ne sont que des variations par excès ou par défaut, suivant les cas, des tendances psychologiques normales. C'est ainsi que nous avons considéré la constitution paranoïaque comme la simple hypertrophie d'une disposition commune à tous : l'avidité, cette avidité pouvant s'appliquer plus spécialement aux choses morales, c'est alors l'orgueil, ou, au contraire, aux choses matérielles, c'est alors la cupidité ; c'est pourquoi quand nous disons que les préoccupations hypocondriaques se rencontrent toujours avec des tendances paranoïaques, nous ne voulons pas nécessairement indiquer qu'il existe une constitution paranoïaque, ni très accentuée, ni même assez nettement pathologique ; nous voulons indiquer qu'il y a au moins une très forte avidité, c'est-à-dire au moins l'ébauche d'une constitution paranoïaque. En effet, entre une constitution paranoïaque légitime, mais légère et une forte avidité, il n'existe qu'une différence plus théorique et conventionnelle que réelle. En tous cas — et c'est ce qui importe en pratique — ce que peut entraîner la première, la seconde le réalise

aussi sous l'influence de circonstances favorables. Autrement dit, si l'on nous opposait que dans certains des cas visés la constitution paranoïaque n'est pas évidente d'emblée, nous pensons que nous pourrions facilement montrer qu'elle existe cependant plus ou moins ébauchée et au moins sous forme d'une forte avidité, son équivalent psychologique, et qu'il y a une sorte de parallélisme et de proportion entre l'intensité des idées hypochondriaques et le degré de la tendance avide, sinon de la constitution paranoïaque.

Telle est une des raisons pour lesquelles nous rattachons les idées hypochondriaques à la constitution paranoïaque, même lorsque celle-ci est peu accusée et pourrait paraître contestable si l'on se refusait à admettre qu'une forte tendance avide est l'équivalent psychique d'une constitution ébauchée et peut aboutir aux mêmes résultats. Il en est une deuxième à laquelle nous attachons une grande importance. Sans aller aussi loin que l'a fait l'auteur allemand Specht, nous pensons cependant que la clinique montre fréquemment le rôle très spécial que jouent les accès cyclothymiques dans le déclenchement des autres tendances constitutionnelles. C'est une question que l'école française n'a point ignorée et nous pouvons rappeler à cet égard les travaux de Masselon, de Ducosté et de Valon et Bessièrès. Mais ces auteurs ont adopté une interprétation commune, d'après laquelle les psychoses complexes qu'ils ont étudiées leur paraissent résulter d'une association simple de deux constitutions, chacune apportant son appoint, sur le même pied d'égalité. Cela est vrai, parfois, et ces psychoses méritent bien alors le nom de psychoses associées que les auteurs précités ont proposé. Mais ce qui nous paraît beaucoup plus fréquent c'est le rôle prépondérant que prennent les accidents cyclothymiques, qu'il s'agisse d'états maniaques ou d'états mélancoliques, dans le déclenchement et la mise en branle de manifestations traduisant d'autres tendances constitutionnelles. Le caractère intermittent des accès cyclothymiques souligne bien les rapports de prédominance de la cyclothymie révélatrice à l'égard des autres manifestations qu'elle réveille ; on voit ces manifestations, qu'elles soient hyperémotives, paranoïaques, perverses ou mythomaniaques, apparaître aux ordres de l'accès cyclothymique, l'escorter et disparaître avec lui ; ce ne sont plus des psychoses associées, mais des accidents psychopathiques subordonnés, jouant un rôle de coloration, d'orientation ou d'amplification. En dehors de nous, il semble que, seul, Logre, ait insisté sur ces interréactions des constitutions et plus spécialement sur la sensibilisation qu'exercent les accès cyclothymiques sur les autres tendances.

Pour essayer de justifier cette notion du rôle prépondérant des manifestations cyclothymiques sur le déclenchement des autres tendances constitutionnelles, à laquelle nous attachons tant d'importance, donnons quelques exemples d'interprétation des faits cliniques.

On peut dire qu'il n'y a pas une mélancolie ou une manie, mais des mélancoliques ou des maniaques, et cela justement parce que l'accès maniaque ou mélancolique déclenche les tendances coexistantes ; dans ces cas, les sujets demeurent semblables entre eux par leur prédisposition cyclothymique, mais se différencient profondément les uns des autres par les autres éléments de leur personnalité affective active, secondairement mis en branle : c'est de l'intervention de ces autres tendances que résultent la variété des formes de la mélancolie et leurs multiples aspects.

Les formes actives de la perversité, notamment de la mythomanie perverse, et aussi les paroxysmes mythomaniques, sont également subordonnées, la plupart du temps, aux poussées de la cyclothymie.

Autre exemple plus démonstratif : les délires de revendication sont presque toujours associés à un épisode hypomaniaque, au point qu'on peut se poser la question de savoir s'il existe de vrais délires de revendication en dehors des oscillations cyclothymiques.

Citons encore le cas de la psychasthénie. Nous pensons que cette variété clinique n'est due qu'à un état de dépression constitutionnelle — variété de cyclothymie — mettant en branle les tendances plus ou moins accusées de l'émotivité. Même une constitution hypérémotive, si elle est seule, ne suffit pas à créer la psychasthénie ; par contre, une émotivité, même non nettement pathologique, si elle est cependant quelque peu forte aboutit à la psychasthénie, à condition d'être sensibilisée et exaltée par un état dépressif cyclothymique. C'est pourquoi la psychasthénie ne suit, dans son évolution, que la destinée de la dépression déchaînante.

Mais — et c'est le point où nous voulions en venir — une tendance n'a pas besoin d'atteindre originellement un degré nettement pathologique pour être mise en branle sous la poussée d'un accès cyclothymique intercurrent ; il suffit qu'elle soit forte.

Voilà pourquoi encore un sujet non véritablement paranoïaque, mais fortement avide sous l'influence d'un état dépressif cyclothymique accède jusqu'aux réactions paranoïaques d'abord, hypocondriaques ensuite. Supprimez l'état dépressif, le sujet cesse d'avoir une activité paranoïaque ; que l'état dépressif repa-
raisse, aussitôt son avidité, si elle était forte, l'y ramène.

Nous nous sommes bien gardés de faire appel jusqu'ici à l'explication trop facile qui rend logique le rattachement des idées hypocondriaques aux tendances paranoïaques. Nous aurions craint qu'on nous croit uniquement guidés par un raisonnement théorique. Il n'en a pas été ainsi. Mais si l'observation des faits s'est montrée secondairement en accord avec l'explication la plus probable, il n'y a pas lieu de dédaigner cette sorte de confirmation. Résumons-la brièvement.

La constitution paranoïaque n'étant que l'hypertrophie de l'amour de soi (égocentrisme, autophilie, égoïsme), il apparaît tout naturel que les sujets qui en sont dotés soient portés à se préoccuper de tout ce qui se rapporte à leur moi et tout particulièrement à l'intégrité de leur être physique, c'est-à-dire à leur santé ; s'il intervient quelque atteinte à cette intégrité, ou seulement une menace vraie, probable ou imaginaire, le paranoïaque ne peut réagir autrement que par la crainte et l'attitude hypocondriaque ; l'hypocondrie est ainsi un mode réactionnel du paranoïaque, exactement de même signification et tout à fait parallèle au délire de persécution ; au degré près, elle est encore un mode réactionnel de tous les sujets qui, sans être de vrais paranoïaques, ont une forte disposition à l'avidité.

Telles sont très résumées les raisons de rattacher l'hypocondrie aux tendances paranoïaques.

Avant de faire cette communication, nous avons tenu à relire les « Leçons cliniques » de M. Séglas, qui furent longtemps notre livre de chevet et que nous continuons à consulter dans les grandes occasions. Or, nous y avons trouvé admirablement exposée la thèse que nous soutenons, de telle sorte qu'il nous est venu un scrupule et que nous nous demandons maintenant si ce n'est pas la lecture de M. Séglas qui avait déposé dans notre subconscient l'opinion que nous pensions de bonne foi avoir découverte nous-même dans l'observation des faits.

En tous cas, voici comment s'exprime M. Séglas, lorsqu'avant d'entrer dans la description du délire systématisé hypocondriaque, il précise quelques généralités sur l'hypocondrie.

« Vous retrouverez dans les préoccupations de l'hypocondriaque le mode de rayonnement centripète, le caractère égo-centrique qui nous le montre, rapportant tout à lui-même, égoïste, méfiant, susceptible, orgueilleux, accusateur... »

« ...En résumé, autophilie, méfiance et haine à l'égard du monde extérieur, susceptibilité, tendances aux accusations, tels sont les traits du caractère individuel de l'hypocondriaque.

« ...Ce caractère diffère de celui du mélancolique pour se rapprocher au contraire de celui du persécuté... »

Vous le voyez, il ne manque que le mot paranoïaque, qui n'était pas encore entré en usage dans le sens actuel.

Ainsi, puisque ce n'est plus mon opinion, mais celle de M. Séglas que je défends devant la Société, je pense que cette fois elle paraîtra plus facilement acceptable.

Il reste toutefois une grave difficulté que nous ne voulons pas esquiver. C'est que toutes les réactions dites hypocondriaques ne sont pas d'origine paranoïaque ; il en est d'elles, comme il en est des idées de persécution ; la plupart viennent bien de la constitution paranoïaque, mais quelques-unes reconnaissent un autre mécanisme et sont à base d'anxiété.

Ici même, MM. Séglas et Ceillier ont insisté sur l'apparition de ces deux ordres d'idées de persécution, les unes, les plus fréquentes et les plus importantes, devant être légitimement rattachées à la paranoïa, les autres à l'anxiété seulement.

De même, pour les idées hypocondriaques, les plus fréquentes et les plus importantes sont d'origine paranoïaque ; les autres dérivent seulement de l'anxiété, sans substratum paranoïaque. Autrement dit, l'hypocondrie habituelle, la vraie, est l'hypocondrie paranoïaque ; l'autre est l'hypocondrie anxieuse. Et les choses sont encore plus complexes, parce qu'il existe des cas où les deux formes s'associent et se combinent.

La complexité des faits ne doit cependant pas nous détourner de la tâche de les discriminer. Dans la leçon clinique de M. Séglas, que nous citons tout à l'heure, cet auteur s'efforce d'établir les caractères différentiels de ces deux variétés cliniques. Nous résumons ces caractères. Les idées hypocondriaques directement liées à l'état mélancolique anxieux, correspondent plus à la diminution de la sensibilité, les autres à son exaltation ; les premières portent plus sur le moral, les secondes sur le physique ; celles-là évoluent sur un fond de passivité, de résignation, de renoncement et inclinent au suicide ; celles-ci appartiennent à des sujets actifs qui luttent, se défendent, cherchent du secours et deviennent plus facilement persécuteurs que portés au suicide ; au sentiment d'humilité des uns, s'oppose le sentiment d'autophilie et d'exagération du moi des autres.

Je ne veux pas terminer sans rappeler l'opinion que M. le professeur Abadie a éloquemment exposée dans son discours d'ouverture au récent Congrès de Bordeaux. Nous lui devons la très bonne définition que j'ai citée au début et qui a le mérite de juxtaposer avec le premier caractère de l'hypocondrie, qui est l'exagération du souci de sa propre santé et qui convient aux deux variétés de l'hypocondrie, le second caractère qui est la recher-

che excessive de la défense de sa propre santé, et qui né convient qu'à l'hypocondrie paranoïaque, comme l'avait bien indiqué déjà M. Séglas.

Je ne suis pas par contre tout à fait d'accord avec M. Abadie, quand il veut créer une constitution hypocondriaque autonome, et cela malgré les termes heureux qu'il a proposés d'Arganisme ou de constitution arganique. Je ne pourrais me mettre d'accord avec lui que s'il acceptait de faire de son arganisme une simple variété de la constitution paranoïaque, comme la constitution anxieuse n'est qu'une variété de la constitution hyperémotive. Je crois qu'il y a un grand danger pour la doctrine des constitutions à multiplier le nombre de celles-ci, en mettant les anciennes, les nouvelles et les futures qu'on peut craindre sur le même pied d'égalité.

Il faut, si l'on ne veut pas aboutir comme souvent en Psychiatrie à un nouvel état arnarchique, se mettre d'accord sur les conditions générales légitimant les constitutions véritables.

C'est pourquoi, en conclusion, je crois que les idées hypocondriaques des anxieux, lorsqu'elles sont indemnes de toute assise paranoïaque sous-jacente, ne sont pas si hypocondriaques que cela, c'est-à-dire que rien ne nous autorise à dire qu'elles sont exagérées et à affirmer qu'elles ne traduisent pas exactement le degré des perturbations de la cénesthésie et des souffrances anxieuses des malades.

Je crois, par contre, qu'il existe des idées hypocondriaques développées à partir des tendances paranoïaques, qui répondent exactement aux deux conditions de la définition habituelle, qui sont : 1° l'exagération du souci de sa propre santé ; 2° l'exagération de l'activité de défense mise en œuvre. Si l'on veut me permettre une image un peu hardie, je dirai que de l'énorme tronc représentant la constitution paranoïaque, partent quatre branches principales : la mégalomanie, la persécution, la revendication et l'hypocondrie ; il ne faut pas que l'abondance et l'intrication du feuillage, j'allais dire des symptômes, nous empêche de découvrir le tronc originel.

PSYCHOSES DE SENSIBILISATION

PAR

C. PASCAL

et

ANDRÉE DESCHAMPS

Médecin des Asiles de la Seine.

Interne des Asiles de la Seine.

(Suite) (1)

Émotions pathogènes. Anaphylaxie émotionnelle. Sensibilisation et allergie mentales

L'étude des états paranoïaques et des délires de revendication soulève d'autres problèmes qui dépassent le cadre d'une maladie spécifique. L'un (2) de nous, en collaboration avec le D^r Davesne, dans une série de travaux antérieurs à ceux de Kretschmer, a essayé de démontrer que les psychoses affectives sont des réactions à des agents divers et exogènes dont le plus important est le choc émotionnel. L'émotion pathogène est au psychisme ce que l'antigène est à l'organisme ; elle crée des lésions spécifiques ou aspécifiques, réveille les méiopragies, trace des voies morbides électives, sensibilise à la manière d'un choc protéino-anaphylactique. Dans ses manifestations aiguës, elle apparaît comme un véritable phénomène d'Arthus ; la crise vasculo-sanguine se déroule dans le même ordre que dans le choc peptonique. Dans la sommation émotionnelle (émotions même légères mais fréquemment répétées), les troubles hémoclasiques, endocriniens, hépatiques, neuro-végétatifs, ceux de la teneur en ions calciques et de la réserve alcaline se groupent et créent un terrain spécial d'anaphylaxie mentale. « C'est par les chocs émotionnels que le « problème de la colloïdoclasie rejoint celui de la pathologie « mentale. » Il se dégage de ces faits que l'émotion n'est plus un « schéma fixe » qui se déclenche comme une mimique de marionnette à chaque changement d'attitude motrice. Limitée au

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, avril 1931.

(2) PASCAL et DAVESNE. — *Loc. cit.*

jeu des muscles et des réflexes, comme le veulent Lange-James, l'émotion devient incompréhensible pour la pathologie mentale. C'est en raison de cette théorie qui n'explique qu'une partie des grimaces sociales de la personnalité écran qu'on a dénié pendant longtemps tout pouvoir pathogène aux émotions vraies. Ribot a déjà fait remarquer que la théorie de Lange-James ne s'applique qu'à des extraits d'émotion, à des « substituts affectifs », et il demande qu'on étudie : « *l'émotion vraie, ressentie, éprouvée* » et « *richement remémorée* ». A la lumière des connaissances biologiques modernes, le trajet de l'émotion n'est plus réduit au lien mimico-affectif de Lange, il est plus vaste et plus riche : c'est la vague qui ébranle l'organisme et le psychisme dans leur intégralité ; c'est le groupement de cycles psycho-neuro-endocrinoviscéro-cyto-humoraux. L'émotion pathogène est la dissociation des cycles, la solution de continuité du trajet. C'est comme toujours une rupture d'équilibre qui amène des déviations et des *prévalences* d'un cycle affectif sur l'autre. L'un de nous a isolé *trois états anormaux émotionnels* qui représentent les diverses étapes de l'émotion pathogène. *Le cycle à prédominance psychique* détermine le phénomène de la sensibilisation, qui est un processus d'hypermnésie émotionnelle. *Le cycle à prédominance physiologique*, motrice, détermine le *syndrome d'hyperémotivité*, de réflexes de décharge et de protection qui ont pour but de disperser et de canaliser l'influx émotionnel et de l'empêcher de faire effraction dans le plan végétatif. *Le cycle à prédominance humorale*, neuro-végétative est le *choc hémoclasique*. Il est d'autant plus violent qu'il y a inhibition motrice. En nous basant sur l'expérience clinique, sur les données de la psychologie expérimentale et de la biologie, nous avons dégagé une *Loi psychologique* qui permet de comprendre l'action pathogène du refoulement, des états émotifs contenus et non épuisés, c'est la *Loi de l'oscillation de la décharge motrice et de l'effraction végétative*. Il n'y a choc émotionnel que si l'influx nerveux a pénétré dans les voies humorales, sympathiques, endocriniennes, tissulaires et s'il a éveillé les méiopragies. L'effraction neuro-végétative n'a lieu que si la vicariance motrice a fait défaut. D'autre part, nous avons établi que ce choc biologique n'est qu'une réaction humorale de la sensibilisation psychique, phénomène d'imprégnation et de sommation émotionnelles. Il en résulte que le choc est d'autant plus intense que l'évocation émotionnelle a été plus riche. La vague hémoclasique complète la sensibilisation, leur action combinée crée l'anaphylaxie mentale. Le choc émotionnel limité à ces perturbations organo-psychiques est une crise déchaî-

nante qui présente des analogies avec les chocs anaphylactiques. A l'état normal, chaque individu a des possibilités dynamiques de décharge psychomotrice pour protéger l'organisme contre l'effraction végétative. Souvent, l'équilibre s'établit par un jeu de réflexes rapides ; paroles, gestes, mimique, mouvements stéréotypés, tics, etc., qui règlent l'énucléation motrice car l'émotion ne s'épuise que dans la fibre musculaire.

Pour tout le monde, la vie n'est qu'une trame de sentiments inachevés et de projets sans conclusion. Bergson a bien synthétisé le renoncement quotidien : « Comme chacun de nous n'a qu'une vie, force lui est de faire un choix. La route que nous parcourons est comme jonchée de débris, de tout ce que nous com-
« mentionnons d'être, de tout ce que nous aurions pu devenir. » Pour faire d'un renoncement une crise hémoclasique, un phénomène d'Arthus, il faut des tares plus profondes que celles décrites par Kretschmer. Il est évident que l'appareil d'énucléation (faculté d'écoulement) fonctionne mal, que la sensibilisation spécifique (rétention affective, stases, etc.) plie sous le poids des émotions non libérées ou mal liquidées. La loi de l'oscillation n'assure plus l'équilibre normal. Mais on ne peut comprendre pourquoi l'écoulement affectif s'effectue par des voies collatérales si on ne tient pas compte des connexions psycho-biologiques et des particularités du terrain psychique. Par analogie avec la *diathèse colloïdoclasique* de Widal, l'un de nous a décrit un terrain spécial que nous avons appelé *psychocolloïdoclasique* parce que nous avons ajouté à la sensibilisation organique la sensibilisation psychique. Ce terrain n'est pas une constitution mais une prédisposition spéciale, *une dysnergie, un processus de directions anormales, une possibilité d'organisation morbide* ; au point de vue biologique, il est *une tare humorale et psychique en équilibre instable qui rend les sujets particulièrement vulnérables à l'égard des émotions et des agents de choc*. Ces possibilités dynamiques réactionnelles sont constituées par le choc brusque ou par l'imprégnation lente, progressive et profonde des émotions répétées. Les chocs protéiniques de la fatigue et des maladies toxi-infectieuses peuvent s'associer aux émotions. Grâce à la conception de Widal, il est possible de pénétrer plus intimement dans le mécanisme des psychoses affectives. Il nous a été possible de grouper dans un cadre large et élastique certains *syndromes psychocolloïdoclasiques, de sensibilisation, d'anaphylaxie mentale* qui traduisent des réactions spécifiques de l'allergie mentale et humorale. Dans ce cadre large nous avons individualisé trois groupes de psycho-colloïdoclasies : *polymorphes et aspécifiques ; acciden-*

telles ; diathésiques ; ces syndromes correspondent aux « Psychoses de réaction » des Allemands.

A mesure que les mécanismes psychologiques se précisent et que les faits cliniques se multiplient, nous sommes obligés de tenir compte des énergies émotionnelles accumulées, de leurs perturbations organiques importantes et de leur association avec d'autres agents psychoclasiques. La plupart des auteurs qui ont étudié l'action pathogène des émotions ont adopté notre manière de voir. Hamel, au Congrès de Barcelone, Joltrain, dans son livre sur les « Urticaires », expliquent la psychogenèse de certains délires par la psychocolloïdoclasie.

Il est évident que la pathologie humorale ne nous a livré que ses réactions ; nous ignorons encore tout de leurs causes. En dehors des modifications colloïdales, d'autres manifestations à peine entrevues : floculations, précipitations, mutations des albumines, etc... Sur ce terrain vierge, toutes les hypothèses sont permises. Mais qu'on accepte ou non la théorie de Widal et par suite la psychocolloïdoclasie, un fait est certain : *les troubles de la sensibilisation dominent la pathologie mentale*. L'observation clinique nous révèle que la sensibilisation est spécifique, c'est-à-dire que chaque groupement mnémonique émotionnel est apte à donner comme décharge uniquement sa spécificité ; chaque individu est sensibilisé pour une forme spéciale de délire, d'hallucinations et de réactions psychomotrices : tonalité, couleur et orientations électives sont des manifestations individuelles. « En résumé, ce qui est spécial à l'anaphylaxie organique est aussi spécial à l'anaphylaxie mentale (1). »

A la lumière de ces recherches, il nous a semblé que la constitution hyperémotive de Dupré gagnerait en valeur biologique si elle était rattachée à la diathèse psychocolloïdoclasique. Lorsqu'on lit les travaux anciens de Dupré, on est frappé par la valeur qu'il accorde aux épisodes mouvants et aux facteurs exogènes. Pour nous, il n'y a pas de constitution fixe, de prédestination délirante avec des tendances statiques non modifiables ; il n'y a qu'une prédisposition qui n'est qu'un moment méiopragique éphémère et qui naît avec le facteur exogène ; *l'hérédité même n'est qu'une possibilité dynamique qui s'enchaîne au terrain biologique et participe aux phénomènes d'interaction du psycho-organisme avec l'ambiance*. Quant à la fatalité morbide, elle est soumise au problème de notre ignorance de la thérapeutique des Psychoses.

(1) PASCAL et DAVESNE. — *Loc. cit.*

Le psychisme vivant est dépendant des mêmes lois que la matière vivante. Les conceptions de Rabaud sur la variation et sur la « valeur du métabolisme psycho-organique » complètent la loi de Hering-Semon qui apporte des clartés nouvelles à l'action tardive des infections, des poisons, des émotions, aux problèmes de l'immunité et à ceux de l'anaphylaxie. Les empreintes acquises (complexes d'engrammes) se combinent à l'infini avec les engrammes héréditaires durant notre vie par l'expérience, l'influence du milieu ambiant, l'école. *La mnème individuelle* est constituée avec ces éléments et leurs possibilités dynamiques d'action et d'interaction. Dans ces conditions, l'avant-psychose ne peut pas être une fixité d'engrammes héréditaires (tout au plus un rappel : ecphorie de Semon ou rappel transitoire), mais un terrain biologique complexe, une accumulation mnémonique d'engrammes morbides organo-psychiques congénitaux et acquis.

Quelle que soit l'opinion qu'on accepte sur les constitutions (les théories sont très nombreuses), il y a lieu de tenir compte de la personnalité humorale soumise à la variation et aux influences métaboliques bien plus que la personnalité morphologique. Par son système d'échanges physico-cliniques, « elle est un perpétuel devenir » (Delage) : elle renferme toutes les possibilités dynamiques. « Ce terrain mouvant, instable, changeant », dit Richet (1), « une véritable *protée*, non seulement différent de chaque individu, *mais encore différent chez le même individu d'un moment à l'autre* ». Un rien, un infiniment petit, c'est « l'irréparable » ajoute-t-il, qui régit tout aussi bien notre psychisme que notre « chimisme ». Il rappelle l'action des sérums sur les réactions biologiques : « une quantité impondérable exogène peut modifier le terrain, un dix-millième de centimètre cube de sérum de cheval injecté à un cobaye va pendant un temps très long — deux, trois, cinq ans peut-être — anaphylactiser ce cobaye, c'est-à-dire transformer sa réceptivité ; le terrain a cessé d'être le même grâce à cette parcelle de substance ». L'éminent savant émet la même opinion sur les modifications du terrain psychique : « Une parole qui nous a été dite il y a trente ans, encore qu'elle se soit envolée par les espaces et qu'elle ait disparu depuis longtemps dans l'épouvantable tourbillon des choses et des causes, reste gravée dans notre mémoire assez pour transformer notre sensibilité et décider de notre destinée, et faire partie définitivement de notre moi. » Ces réflexions résument à la fois le grand problème du terrain vivant, celui de la

(1) RICHET. — Préface du livre de Héricourt sur les Terrains.

sensibilisation organo-psychique et de ses réactions allergiques qui sont à la base de notre conception sur la psychocolloïdoclasie ; elles dispensent de toute autre critique sur les « fixités constitutionnelles ». En 1926, l'un de nous (1), en faisant la critique des constitutions, rangeait déjà la paranoïa et le délire de revendication parmi les psychoses de sensibilisation qui relèvent de la diathèse psychocolloïdoclasique. Nous avons vu plus haut que cette diathèse n'est pas une constitution mais une tare humorale neuro-végétative, une sensibilisation progressive organo-psychique, une formation d'engrammes morbides et variés et qui se manifeste par des *réactions anormales* au moindre effleurage des facteurs exogènes. Cette tare complexe est la souche d'où part une rangée de tiges : *cyclothymie, psychasthénie, hystérie, épilepsie, paranoïa, délire de revendication*. Les équivalents organiques de la colloïdoclasie (asthme, migraine, urticaire, eczéma, etc.) alternent souvent avec les syndromes psychocolloïdoclasiques, comme l'a fait remarquer Lortat-Jacob.

La diathèse psychocolloïdoclasique ouvre un chapitre nouveau de psychiatrie clinique, celui de l'*Allergie mentale*, de la *Réaction bio-psychique*, de l'*Auto-défense*. L'école allemande moderne (Freud, Bleuler, Jung, Maeder, Kretschmer, etc.) a eu le grand mérite d'éclaircir le problème du dynamisme psychique par l'étude de la réaction. Monackow et Mourgue (2) placent les phénomènes de l'auto-défense parmi ceux de la diaschisis. Schneider (3) et Redalié (4) font une étude d'ensemble sur la réaction et le type réactionnel morbide dans les psychonévroses, mais leurs recherches restent limitées au domaine de la clinique objective.

Sensibilisation et allergie paranoïaques

Quel que soit le processus paranoïaque, au point de vue biologique, il représente une modalité intéressante de la « clasie émotionnelle » avec sensibilisation préalable.

Sérieux et Capgras (5), Sérieux et Libert (6) ont démontré que l'émotion pathogène sous la forme de chocs ou d'état affectif

(1) PASCAL et DAVESNE. — *Loc. cit.*, page

(2) MONACKOW et MOURGUE. — *Loc. cit.*

(3) SCHNEIDER. — Der Begriff des Reaktion in des Psychiatrie. *Zeitschr. f. die ges. Neur. und Psych.*, 95, 1925.

(4) REDALIÉ. — La notion de réaction en psychiatrie. *Arch. suisses de neurol. et de psychiatrie*. Zurich, 1929, V 24, fasc. 2.

(5) SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Loc. cit.*

(6) SÉRIEUX et LIBERT. — Les psychoses interprétatives aiguës symptomatiques. *III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie*, Gand, août 1913.

chronique est susceptible d'organiser la paralogique circonscrite. Neisser entrevoit l'imprégnation émotionnelle et son rôle pathogène ; il n'admet pas la constitution. L'évolution du processus paranoïaque n'est qu'une succession d'épisodes aigus avec intervalles irréguliers en rapport avec la succession d'états allergiques, de réactions de défense et de lutte avec l'ambiance. *L'allergie paranoïaque constitue l'ensemble de la psychose.*

« A chaque recrudescence de la méfiance, du soupçon et de l'orgueil, disions-nous (1), on trouve un choc émotionnel déclanchant. La paranoïa apparaît comme un syndrome de choc émotionnel qui naît et évolue sur un fond d'éréthisme affectif, spécial ; ce fond est caractérisé par les signes suivants : vulnérabilité à l'égard des émotions ; prévalence des souvenirs affectifs (offenses, blessures d'amour-propre, d'orgueil, de vanité, écho prolongé des humiliations, des contrariétés, des déceptions, haine, envie, vengeance, etc...) ; aptitudes réactionnelles violentes au choc, allant parfois jusqu'à la passion ; sensibilisation élective à localisation psychique déterminée (amour malheureux, orgueil, méfiance, etc.) ; évolution périodique ; réflexes organo-végétatifs très vifs. Ce fond révèle une tare psycho-organique *non fixée et permanente* d'emblée, mais un état d'équilibre instable qui présente des réactions dynamiques modifiables et mouvantes. Le terrain rend possible la maladie, la cause déterminante est exogène : *c'est le choc émotionnel.* »

Mais de tous les processus paranoïaques, la psychose sensitive de Kretschmer se dégage comme une belle étude expérimentale qui met en valeur d'une façon remarquable : *l'anaphylaxie émotionnelle* et *l'allergie paranoïaque*. Le développement classique passe par trois étapes successives : 1) *premier conflit* ou agression initiale ou émotion-antigène ; 2) *sensibilisation spécifique* ayant la même tonalité que l'émotion-antigène déterminée par les conflits chroniques ; 3) *réaction allergique* qui est à la fois un processus de décharge psychique et de désensibilisation biologique.

Psychogénèse. Projection délirante. Conversion symbolique

La réaction allergique de ces malades constitue *le caractère sensitif de Kretschmer*. Elle crée le roman délirant et symbolique qui se développe comme une poussée jaillissante de l'émotion pathogène. Craintes matées, désirs non vécus, chagrins et ennuis réprimés, révolte captive, cris muets de dépit, de haine et de ven-

(1) PASCAL et DAVESNE. — *Loc. cit.*

geance, tout cet héroïsme de la vie intérieure crée le vaste réservoir du dynamisme morbide qui va se projeter dans le délire. Chaque sophisme paranoïaque est une soupape de sécurité de ce trop-plein émotionnel qui risque de rompre les barrières biologiques et de produire des troubles graves. La projection délirante est l'auto-défense paranoïaque. Elle marque la lutte et l'épuisement, car la paranoïa sensitive est plus souvent une *psychose de défaite* que de combat.

Dans le silence de la contrainte, le paranoïaque sensitif prépare le terrain de son délire : asthénie biopsychique qui est le résultat de l'action des émotions contenues et de l'autocolloïdoclasie (Widal, Albrami) engendrée par l'épuisement. En effet, à chaque paroxysme, on constate des troubles organiques émotionnels : hyperglycémie, glycorrachie, dysthyroïdisme, petit addisonisme, ataxie neuro-végétative ; alternatives brusques de sympathicotomie et de vagotonie, diminution de la réserve alcaline, etc... Chez toutes nos malades, l'asthénie a apparu comme un phénomène secondaire, déterminé par l'imprégnation émotionnelle ; toutes ont travaillé jusqu'au bout ; elles ont succombé sous le poids des conflits. C'est sur cette *formation psychasthénique* que le délire naît et se développe. Son évolution est celle de la douleur morale. Nous savons que le chagrin, quelle que soit sa forme, présente trois modes d'action : *hypotonique*, *hypertonique* et *mixte* ; il déprime, exalte, ou produit des oscillations brusques et ataxiques : alternatives excito-dépressives. Cette donnée psychologique est en rapport avec les faits cliniques. La psychogenèse des paranoïaques sensitifs présente deux stades qui sont assez distincts : l'un d'*autisme forcé*, l'autre de *compensation* avec formations secondaires de décharge en rapport avec le mode d'action de la douleur morale. Il n'est pas nécessaire de faire intervenir les deux noyaux de Kretschmer pour expliquer ces phénomènes asthénosthéniques. A l'étude de la « biologie de l'idée de persécution », Monackow et Mourgue (1) considèrent que le sentiment du danger (kakou) dépend de l'instinct de conservation et crée un état d'anxiété diffuse qui organise l'idée de persécution en dehors de la conscience. La sensibilisation est à la fois philo et ontogénique.

Autisme forcé. Douleur morale hypotonique

Les premiers renoncements et regrets créent des *stases affectives* qui ensablent la conscience et gênent l'activité intellectuelle.

(1) MONACKOW et MOURGUE. — *Loc. cit.*

Nous avons vu plus haut que ces malades ne peuvent liquider les conflits pour des raisons multiples : solitude morale forcée, honte d'avouer le conflit sexuel et aussi en raison de la barrière biologique de l'appareil d'énucléation, ces malades font des chocs hémoclasiques avec une très grande facilité. Dans la prison étroite du psychisme, la douleur piétine et s'exaspère ; elle n'a qu'un moyen de communication, celui qui la lie au passé affectif. Les souvenirs émotionnels affluent avec leur teinte spécifique, ajoutent leur charge aux stases affectives initiales. Kretschmer a noté chez les sensitifs l'exaltation de la mémoire des émotions. Nous rappelons que Ribot et Paulhan (1) et (2) ont décrit sous le nom de mémoire affective une aptitude spéciale aux « types sensitifs » de reviviscence émotionnelle et nous (3) avons essayé de mettre en valeur sa portée immense en psychopathologie. Les paranoïaques sensitifs ont le don spécial de l'évocation du « déjà senti » et ils le répètent avec les troubles organo-psychiques qu'il déclanche. Leur mémoire affective est à la fois conservatrice et évocatrice ; elle constitue l'hypermnésie spécifique qui est à la base de leurs troubles anaphylactiques.

En retrouvant le temps perdu, comme dit Proust, qui était un psychocolloïdoclasique complet, les paranoïaques sensitifs se promènent dans les allées des « jours anciens » et cueillent les émotions-désirs qui les ont le plus ébranlés. Une de nos malades a le don de revivre sa jeunesse de quinze ans ; elle se sent, comme autrefois, petite, vive, alerte et admirée. Elle sait retenir longtemps ce beau souvenir affectif soustrait au temps perdu. Une autre évoque constamment les jours heureux et finit par ressusciter l'homme mort qu'elle aimait ; elle se crée un sentiment de présence qui lui donne la possibilité de communiquer avec le mort. Elle peut répéter après Proust : « J'ai retrouvé mon paradis. » Mais tout le délire sensitif est un rappel d'émotions profondément vécues.

Les souvenirs émotionnels créent de véritables centres énergétiques dont la puissance dynamogénique est immense. Ils constituent le courant affectif immédiat, celui qui effleure la zone la plus éclairée de la conscience. Ils forment des « îlots », des « stases », des « prévalences » ; ils sont toujours des « rouages vivants » métabolisés et qui font partie de la mnème individuelle.

(1) RIBOT. — Psychologie des sentiments. *Probl. de la psych. affective*, Alcan.

(2) PAULHAN. — *Le souvenir affectif*, Alcan.

(3) PASCAL. — Syndr. psych. fondam. des démences. *Journal de Psychologie*, mars 1923. Les Démences. Traité de Roger, Widai, Teissier. Démence précoce (Alcan).

Ils sont distincts des « complexes » qui ont été refoulés dans l'inconscient, vivent dissociés, à l'état autonome, non métabolisés, et entravent sans qu'on les perçoive le courant de la pensée normale.

Le souvenir émotionnel est libéré par la confession médicale la plus simple : l'interrogatoire ; le complexe n'est liquidé que par la psychanalyse et dans des conditions spéciales. Le souvenir émotionnel produit à lui seul la stase affective ou pseudo-obsession ; il peut s'associer aux complexes et participer à la formation des obsessions, de l'hystérie, etc. Dans la paranoïa sensitive, le complexe est possible mais il est secondaire.

La projection de la douleur morale hypotonique est le délire de culpabilité et d'humiliation. Ce syndrome délirant sensitif correspond à l'autopunition à base sexuelle des psychanalystes : Freud, Hesnard, Laforgue, Nathan, Morgenstern, Beaudouin de Genève, etc...

A ce stade, le paranoïaque sensitif est un mélancolique obsédé avec des paroxysmes d'angoisse et des idées de culpabilité. Il peut guérir par le repos moral et physique en changeant de milieu et d'occupations ; il passe souvent inaperçu ou il est confondu en clientèle avec d'autres névroses. Parfois, il se fait interner pour des réactions suicides. Le plus souvent, il arrive à l'asile à la suite d'une réaction paranoïaque.

Syndrome de compensation. Décharge émotionnelle.

Douleur morale hypertonique

Les poètes ont décrit, bien mieux que les psychologues, l'action dynamogénique de la douleur morale. Son pouvoir d'exaltation psychique a été chanté dans de beaux vers (Musset, Vigny, etc.). Le paranoïaque sensitif subit comme l'être normal la loi de compensation qui est un processus dynamique de réparation et d'équilibre. Dans son autisme forcé, la douleur exaspérée excite l'amour-propre et le conduit à la révolte ; le délire d'humilité devient délire paranoïaque. Ce nouvel état hypertonique permet l'énucléation de la charge affective longtemps contenue. Un système d'erreurs s'organise pour justifier et pour apaiser ; la mémoire affective fournit, comme chez tous les paranoïaques, les éléments de construction : souvenirs d'offense, humiliations vécues, etc. Mais le système est branlant ; il manque pour la grande offensive paranoïaque, l'exaltation permanente de l'orgueil et la susceptibilité agressive ; il manque l'idée de grandeur et toute sa force de combat. Chez le « sensitif », la réaction de

défense s'atténue vite, la haine est fugace, l'offensive s'épuise dans des actes sans importance : plaintes au commissariat pour être défendu, lettres de protestation, etc. Le vrai paranoïaque ne lâche pas sa proie ; à partir du moment où une réaction s'est déclanchée, il ne connaît plus de repos, il est poussé à la destruction malgré lui.

La réaction paranoïaque ne décharge pas suffisamment le « sensitif » ; il essaie, comme l'être normal, la libération par la conversion symbolique. Nous avons vu que le délire était la projection du désir ; à son tour, le délire va se projeter dans des images concrètes. C'est la réalisation symbolique avec l'utilisation de la fiction et de tous les schèmes du développement intellectuel. A cette phase de bonheurs substitutifs, nous assistons à une nouvelle construction du désir : un sur-moi idéal (Adler), la recherche d'une valeur supérieure (Storch) à celle qu'on a, le bovarysme de Gaultier. Chez tous les malades, on trouve le besoin de se concevoir autre qu'on est (bovarysme), chez tous il y a la poussée impérieuse de réaliser le désir non vécu, de fuir la réalité vide (1). La fille du broyeur de lin nous fournit un bel exemple de fiction bovaryque et de conversion symbolique. Elle avait volé le linge du vicaire pour le remplacer par le sien chiffé en leurs noms. La broderie symbolique veut dire ceci : « C'est mon trousseau, je suis ta femme. » Chez nos malades le symbolisme prend des formes multiples. Les délires de grossesse et de maternité s'expriment par des illusions et des interprétations fausses qui sont souvent difficiles à distinguer. Chez la malade B..., nous assistons à des illusions sensorielles ; elle voit tous les soirs une pouponnière qui se détache du ciel. Elle aperçoit dans ses menstrues de « petits baigneurs » en celluloïd. La malade C... proteste contre l'accusation de grossesse et d'infanticide et va chercher à la Salpêtrière un certificat de virginité. La malade L... fait également un délire de grossesse ; elle entend un cri et dit : « Cette fois, j'ai l'enfant, il a crié, il est vivant, je suis sauvée. » La malade A... se plaint de subir des « rapports électriques » avec son patron. Cette matérialisation grossière du désir d'amour physique est très fréquente dans la Psychose de désirs.

En dehors de ces formes délirantes substitutives, nous avons la *paranoïa sensitive hypocondriaque*. Dans ce cas, le transfert émo-

(1) GÈNIL-PERRIN a établi une parenté étroite entre le bovarysme et la paranoïa. Il a fusionné l'erreur et la fiction en supprimant la barrière rigide que le délire d'interprétation a établie entre la logique et l'imagination. Ce fait est capital pour la psychologie et la clinique psychiatrique. (*Les Paranoïaques*, Maloine, 1927).

tionnel est physique. Nathan a décrit une *forme hypocondriaque par auto-punition* ; chez nos malades, le désir de fuir un ennui est évident. Il y a chez les « sensitifs », comme chez les hystériques, des dérobades et des refuges dans des algies corporelles fixes qui s'exacerbent au moment d'un conflit. Toute une pathologie organique s'est créée avec les fausses directions des émotions pathogènes. Fausse appendicite, fausse cholécystite, fausses névralgies, etc. (syndromes qui exaspèrent les chirurgiens), constituent un symbolisme corporel où les réactions sensitivo-hystériques se confondent (1).

Dans le travail cité plus haut, Claude et Schiff reprochent, avec juste raison, à Kretschmer de n'avoir pas assez tenu compte des éléments imaginatifs. Il n'y a pas de paranoïa sensitive sans le *syndrome de compensation* où la douleur morale devenue hypertonique cherche la fiction et la symbolisation qui déchargent. Mais nous ne sommes pas de leur avis lorsqu'ils parlent de l'automatisme mental complet dans le délire sensitif. Chez les vrais sensitifs, la personnalité reste intacte, quel que soit le degré de la psychose. Le sentiment d'étrangèté, de dépersonnalisation, fréquent chez eux s'accompagne d'illusions sensorielles qui sont des phénomènes de projection de l'éréthisme affectif ; il n'y a pas hallucinations, ni phénomènes de désagrégation de la pensée. Chez une seule malade, nous avons noté un sentiment de présence qui est une illusion sensorielle cénesthésique, une fiction bien plus qu'un délire d'influence ; le désir exalté a créé le roman délirant du « paradis retrouvé ». Le syndrome d'action extérieure de Claude exige une psychogenèse plus complexe et une dénivellation plus grande que celle du délire sensitif.

Conclusions

La paranoïa sensitive de Kretschmer est une réalité clinique et nosographique. Elle est une psychose accidentelle, subordonnée à l'action directe des conditions de l'existence. Ses formes les plus fréquentes sont les suivantes : la psychose de désirs et la pseudo-quérulance à base sexuelle. Elle peut se montrer à tous les âges ; elle est fréquente à l'adolescence et à la ménopause chez les célibataires des deux sexes.

Le roman délirant est toujours réel, il n'y a pas d'invraisem-

(1) Stekel, de Vienne, a décrit sous le nom de parapathe anxieuse une série de syndromes somatiques dus aux conflits psychiques. *Les états d'angoisse nerveux et leur traitement* (Payot).

blance. Les réactions sont en rapport avec le conflit ; elles sont successivement dépressives et défensives ; le combat alterne avec la défaite. Le paranoïaque sensitif est à la fois psychasthénique, mélancolique, obsédé et persécuté ; mais il ne fait jamais de mégalomanie et de délire rétrospectif. Le délire sensitif est avant tout une forme de l'érotomanie platonique ; la projection délirante paranoïaque est un processus de protection et de défense. Le délire n'a aucune tendance à l'extension. Le système délirant est fragile, il s'effrite facilement sous l'influence du repos et de la psychothérapie. Lorsqu'il passe à la chronicité, il piétine, il n'englobe pas de faits nouveaux. Son évolution normale est une suite d'épisodes aigus en rapport avec l'acuité des événements extérieurs. Le délire sensitif est une paralogique localisée et spécifique, il respecte l'intégralité de la personnalité. Il ne s'accompagne pas de phénomènes de désagrégation mentale, de démence ; il ne présente pas d'hallucinations. Sa trame est faite d'interprétations et d'illusions sensorielles. Sa grande caractéristique est le *symbolisme de compensation*. Les paranoïaques sensitifs sont des natures délicates à éthique élevée avec une légère teinte mystique. Mais leur psychisme présente une tare : *la persistance et la prévalence du stade infantile psychosexuel*.

Pour nous, la paranoïa sensitive est une psychose de sensibilisation spécifique qui fait partie du vaste groupe des manifestations anaphylactiques mentales. Elle prend place à côté des syndromes colloïdoclasiques et psychocolloïdoclasiques que nous avons longuement exposés : manie, mélancolie, etc...

Au point de vue biologique, la réaction paranoïaque sensitive est une modalité de l'allergie mentale. Elle exige pour se produire un terrain clasique avec une sensibilisation spécifique préalable.

L'AUTOHÉMOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

PAR

MAURICE DESRUELLES

et

AGNÈS CHIARLI

Médecin-Chef

Interne

à l'Asile de Saint-Ylie

L'autohémothérapie dans les maladies mentales a été essayée la première fois par Mlle Pascal et Davesne, en 1926-1927, et ensuite par Mitlin et Podniatowski, en 1927. Ces essais sont restés pendant longtemps isolés, tandis que dans les autres domaines de la médecine, notamment en dermatologie, des tentatives nombreuses et des statistiques importantes cherchaient à en examiner la valeur et en étudier le mécanisme.

Nous avons voulu reprendre, en l'appuyant sur des observations nombreuses, l'étude de cette méthode tour à tour affirmée et contestée dans les autres spécialités, et non encore introduite dans la pratique psychiatrique. L'essai de Mlle Pascal portait sur trois observations ; celui de Mitlin et Podniatowski sur sept cas. Nous l'avons expérimentée sur 50 malades, auxquels l'un de nous a consacré sa thèse inaugurale ; nous l'avons employée depuis couramment dans notre service, nous inspirant des indications fournies par les premiers résultats ; notre statistique actuelle compte 64 cas.

Dans la confusion mentale, nous enregistrons jusqu'à présent relativement peu de résultats : deux légères améliorations, une légère amélioration tardive, quatre échecs, un cas où l'action du traitement paraît douteuse, plus une guérison tardive, une légère amélioration dans deux formes de confusion mentale avec anxiété, une guérison dans un cas de confusion mentale légère d'origine tuberculeuse.

Dans la manie, nous avons eu quatre améliorations, trois améliorations légères, une amélioration passagère, une amélioration tardive, trois échecs ; ici, d'ailleurs, l'interprétation est très déli-

cate, l'accès de manie étant assez souvent de courte durée et se terminant parfois de façon brusque.

Dans la mélancolie avec dépression, nous avons eu une amélioration légère, une amélioration passagère, deux améliorations légères tardives, un cas où l'action du traitement paraît douteuse, deux échecs, plus une guérison dans un léger accès de dépression succédant à un accès de manie.

C'est dans la mélancolie avec anxiété et dans certains états délirants que nous avons eu les résultats les plus intéressants. Dans la mélancolie avec anxiété, nous avons eu sept guérisons, une guérison tardive, cinq améliorations, une amélioration tardive, une amélioration passagère, quatre échecs. Mais plus encore que leur nombre, c'est le mécanisme de ces améliorations qui nous intéresse ; les éléments par lesquels nous avons cherché à l'étudier, ce sont le réflexe oculo-cardiaque et la tension artérielle.

Dans beaucoup de cas, nous avons vu une amélioration immédiate, bien que parfois peu durable, succéder à la première réinjection de sang. Et dans plusieurs observations, le phénomène se répète d'une façon presque constante à chaque nouvelle injection, du moins pendant un certain nombre d'injections. La réinjection de sang est presque toujours suivie de variations appréciables du R. O. C. et de la tension artérielle, variations d'autant plus accentuées que l'équilibre neuro-végétatif était auparavant plus instable. Si dans certains cas ces réactions sont contradictoires et d'interprétation difficile, dans la plupart des cas, elles sont bien déterminées et toujours dans le même sens. Le type le plus fréquent et le plus intéressant de ces variations est le suivant : chez une malade habituellement vago-tonique et dont le R. O. C. était pathologiquement inversé, sous l'action des chocs hémoclasiques répétés, il est ramené progressivement à la normale. La tension artérielle a aussi très souvent un comportement caractéristique. Dans la plupart des cas, elle baisse après l'injection, ce qui est son comportement habituel chez les sujets témoins. Mais il y a des malades chez lesquels elle augmente presque régulièrement pendant certaines périodes ; les variations de sa modalité de réaction sont, en général, en rapport assez étroit avec les variations psychiques. D'autre part, il existe chez certains malades une sorte de dissociation entre le R. O. C. et la tension artérielle : si chez la plupart des sujets c'est le R. O. C. qui est l'indicateur le plus sensible, il en est d'autres chez lesquels la tension artérielle manifeste une sensibilité au choc hémoclasique que le R. O. C. est loin de posséder. Une autre constatation qu'il nous a été possible de

faire, ce sont les rapports d'un parallélisme frappant qui existent chez certaines malades, entre anxiété et tension artérielle : une augmentation assez forte de la tension artérielle précède de peu l'apparition ou la réapparition des phénomènes anxieux : sa diminution est un élément utile de pronostic immédiat : le retour définitif à la normale précède la guérison (1). Nous nous proposons d'ailleurs de revenir ultérieurement sur cet argument.

Chez les débiles irritables et instables, chez certains délirants au début, chez les délirants présentant des crises d'excitation, c'est encore en partie par les modifications qu'elle cause dans le domaine neuro-végétatif, que l'autohémothérapie semble exercer son action. Sur nos sept observations, nous enregistrons deux guérisons (deux débiles soignées au début, lorsque leur délire n'était pas encore systématisé), deux améliorations, l'une par régularisation de l'équilibre neuro-végétatif, l'autre par cessation des crises d'excitation relevant d'un mécanisme analogue, deux échecs. Par contre, les malades présentant un délire systématisé ancien, sur lesquelles nous avons essayé sans espoir cette thérapeutique, n'ont naturellement présenté aucune amélioration.

C'est surtout chez ces malades qu'entre en jeu le rôle psychique de l'autohémothérapie : 1° rôle direct, véritable psychothérapie (manœuvres apparemment compliquées de la prise de sang et de la réinjection) ; 2° rôle indirect, l'atténuation et la disparition des troubles cœnesthésiques sous l'influence du traitement, amenant la disparition des idées délirantes auxquelles ils avaient donné naissance.

L'autohémothérapie, et par sa valeur psychothérapeutique et par les modifications neuro-végétatives qu'elle peut amener, nous semble donc pouvoir offrir une ressource inattendue dans certains cas d'affections vis-à-vis desquelles nous sommes habituellement désarmés. Il est évident qu'ici encore, comme toujours, les résultats seront d'autant meilleurs que le traitement aura été plus précoce.

Cette méthode ne nous a donné jusqu'à présent aucun incident sérieux, malgré le nombre relativement considérable de ponctions intra-veineuses que nous avons faites (plus de 600). Avec une asepsie rigoureuse, on évite facilement tout accident d'origine infectieuse, même en opérant sur des malades malpropres ou agitées ; et, avec un peu d'adresse, il est presque toujours facile d'éviter la double perforation de la paroi veineuse. Celle-ci n'est

(1) *Thèse Chiarli, Lyon, 1929, p. 81.*

d'ailleurs pas considérée par certains auteurs comme un incident à éviter d'une façon absolue, et quelques uns la préconisent même comme méthode de choix (méthode de Schulmann) ; mais lorsqu'on fait de l'autohémothérapie citratée, comme nous le préférons d'habitude (en versant préalablement dans la seringue 1 cc. de solution de citrate de soude monosodique à 10 0/0), il faut chercher à l'éviter à tout prix, le citrate de soude exerçant parfois dans les tissus une action irritante assez prononcée. L'adjonction de citrate de soude facilite la réabsorption du sang, en supprimant toute ecchymose, et permet, d'autre part, d'appliquer sans danger le traitement aux malades qui présentent un raccourcissement du temps de coagulation, et aux grands agités, chez qui l'injection subit parfois un léger retard.

Un certain nombre d'auteurs ont affirmé que l'autohémothérapie cause fréquemment des réactions thermiques atteignant 38°, 38°5 et plus ; nous avons voulu contrôler soigneusement cette affirmation et nous avons pris d'une façon méthodique la température de nos malades pendant les heures qui suivent l'injection et le lendemain. Les réactions thermiques que nous avons constatées sont rares, peu intenses, et il est presque toujours possible de les rapporter à des lésions tuberculeuses plus ou moins latentes. Ainsi, pratiquement, il nous semble qu'on peut considérer l'autohémothérapie comme une méthode absolument non pyrétogène, ce qui, dans certains cas, représente un grand avantage sur les protéinothérapies pyrétogènes.

Quant à la conduite du traitement, il n'est pas possible de fixer des conditions générales. Il s'agit là d'une question qui ne peut se résoudre qu'en tenant compte des indications posées par chaque cas particulier. Il est des cas où l'amélioration survient au bout des premières injections ; il en est d'autres où elle survient plus tardivement. Ce que nous avons dit plus haut au sujet du mécanisme de cette thérapeutique peut aider à indiquer l'opportunité de poursuivre le traitement dans un certain nombre de cas : si le R. O. C. et la tension artérielle montrent une réaction accentuée, même si l'amélioration n'est pas atteinte d'emblée, on doit poursuivre encore le traitement. Si l'intensité des phénomènes morbides s'atténue légèrement, l'autohémothérapie pourrait commencer à donner des résultats là où, dans un premier cas, elle avait été impuissante. De même pour l'intervalle entre chaque injection, l'interprétation des premiers résultats pourra être d'un secours précieux. En ligne générale, nous croyons cependant que les intervalles assez rapprochés sont préférables dans la plupart des cas (un jour, deux, trois jours,

suivant les cas). Les doses employées par les différents auteurs sont très variables ; nous donnons la préférence aux doses moyennes, 5 cc., 10 cc.

L'autohémothérapie est donc une thérapeutique très simple, non coûteuse, non dangereuse. De toutes les protéino-pyrothérapies que nous avons employées jusqu'à ce jour (lait, T. A. B., Propidon), c'est celle qui nous a donné le moins d'incidents ; elle a, en outre, une valeur psychothérapeutique considérable. Elle ne nécessite pas de manipulations délicates, comme l'auto ou l'homosérothérapie, ne nécessite pas d'examens de laboratoire préalables, comme l'homosérothérapie et l'homohémothérapie. Elle ne comporte aucune contre-indication : les tuberculeux et les malades affaiblis, — qui représentent une forte proportion dans la clientèle d'asile, — si même ils n'en retirent point les avantages préconisés par certains auteurs, au moins ils n'en ressentent aucun dommage.

Certes, il ne faut pas demander à l'autohémothérapie plus que ce qu'elle ne peut donner : c'est une méthode de choc, inconstante comme toutes les méthodes de choc. Mais telle qu'elle est, à cause de son absence d'inconvénients sérieux, elle nous semble mériter d'être introduite dans la pratique psychiatrique d'asile, soit seule, soit comme thérapeutique adjuvante (1).

(1) Pour la bibliographie complète de la question, voir *Thèse Chiarli*, Lyon, 1929.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 11 Juin 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président

COMMUNICATIONS

Myxoedème et troubles mentaux chez une syphilitique,
par MM. Roger DUPOUY et Georges d'HEUCQUEVILLE

La malade que nous présentons nous a paru intéressante du triple point de vue du diagnostic, de la pathogénie et de l'étiologie des troubles constatés. Voici son histoire :

Elle entre à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 24 avril dernier, avec une lettre laconique de son médecin traitant, attestant « qu'elle présente un délire avec phases d'excitation et idées de persécution ». Son mari l'accompagne et donne les renseignements suivants :

Cette femme, âgée actuellement de 54 ans, s'est modifiée depuis quelques années dans sa morphologie : ses cheveux sont tombés peu à peu, cependant que sa peau jaunissait et s'infiltrait de graisse. Son intelligence n'a paru au mari nullement altérée par l'évolution de ces anomalies, dont il ne s'était pas inquiété et pour lesquelles il n'avait jamais consulté. Le caractère néanmoins, il le reconnaît, s'est aigri, son épouse est devenue irascible.

Dans ses antécédents, l'on relève : 4 enfants, dont deux morts, l'un du croup, l'autre (né à terme) mort à l'âge de 8 jours. Hystérectomie

pour fibrôme en 1923, aménorrhée consécutive. Surdité complète depuis 20 ans. Kératite en 1917.

Les troubles mentaux pour lesquels le mari conduit la malade remontent à 15 jours avant l'entrée. Elle voit le plafond, des pouss  ri  res tomber sur elle et l'ensevelir. En outre, elle invective des personnages invisibles, les repousse du geste, criant qu'on cherche à l'étrangler. Cette sourde entretient un dialogue avec un interlocuteur qu'elle ne désigne pas. Elle extériorise quelques idées délirantes : « Tous ses parents ont été massacrés ; elle est la femme d'un intendant de Napoléon I^{er}. » Elle ne dort plus, cherche à fuir, s'agite par intervalles, fait une tentative de suicide.

Dans le service, on note qu'elle est totalement impotente, à peine capable de se tenir debout sans aide. En outre, elle est gâteuse. Cependant, son excitation persiste encore quelques jours ; elle ne cesse de crier, montre des soldats prussiens dans le fond de la salle ; le jour, elle s'agite, résiste aux soins, tombe plusieurs fois de son lit ; mais la nuit dort calmement.

Cette excitation avec onirisme s'amende bientôt. La malade converse encore par instants avec ses personnages hallucinatoires, mais sans véhémence, et entre deux siestes ; elle demeure en effet somnolente une grande partie de la journée. On peut alors l'examiner à loisir.

L'infiltration des téguments est marquée, généralisée. Les paup  i  res sont bouffées, le nez gros, court, écrasé à sa racine. La peau présente une coloration jaunâtre uniforme, sauf les deux pieds qui sont rouges. Elle est écailleuse, surtout au niveau du cuir chevelu et des extrémités. Les saillies musculaires sont effacées ; l'œdème est dur, sans godet, non douloureux.

Le pubis et les aisselles sont absolument glabres. Les cils et les sourcils sont en majeure partie tombés. La peau du crâne est dénudée : la malade ne possède plus que quelques faisceaux de poils noirs et gros.

La face donne une impression d'hypotonie générale ; les yeux demeurent mi-clos ; seul le frontal dessine quelques rides transversales ; les lèvres sont éversées en dehors, esquissant une moue. Si l'on contrarie la malade, son expression ne se modifie que lentement.

La force musculaire des mains paraît conservée ; de même celle des autres segments, mais la malade ne peut se lever. Tous les réflexes tendineux sont faibles, exceptés les seuls stylo-radiaux. A la manœuvre de Babinski, l'on ne peut obtenir qu'un vif retrait et de véhémentes protestations, rien à la manœuvre d'Oppenheim. Cutanés abdominaux abolis. Pas de réponse à la percussion médio-pubienne. Les réflexes de posture sont imperceptibles. La malade laisse ses membres dans l'attitude où on les a placés, par manque d'initiative motrice.

Tous les mouvements s'effectuent avec une extrême lenteur ; ils sont d'ailleurs bien adaptés, bien coordonnés. La voix est exagérée.

ment forte (comme il est de règle chez les sourds), bitonale, l'intonation monotone. Les consonnes sont très mal articulées ; la parole est embarrassée, bien que le débit soit considérablement ralenti. Pas d'aphasie, phrases bien construites.

Les bruits du cœur sont normaux, le rythme a une tendance nette à l'égalisation des deux silences. La tension habituelle, au Pachon, est de 15/8 ; le pouls de 80. Le R. O.-C. est nul ou très faible : 80/78 ; le réflexe solaire au contraire marqué : oscillations d'amplitude maximum pour une pression de 13 cm. Hg : 4 avant, 1 après la compression de la région cœliaque. Pas de raie blanche de Sergent.

Foie et rate augmentés de volume, appareil respiratoire normal. Corps thyroïde imperceptible à la palpation.

Dans la sphère psychique, nous l'avons déjà noté, l'on observe un ralentissement considérable de toutes les opérations. L'examen psychologique est d'ailleurs difficile du fait de la surdité du malade.

Spontanément, quand elle n'est pas assoupie, elle tient des propos décousus, par lesquels on est renseigné, bien imparfaitement, sur son fond mental. On y trouve d'abord l'expression d'une irritabilité anormale. Elle grogne plus qu'elle ne parle, par moments hurle et invective l'entourage. « Je paye 40 fr. par jour, gémit-elle, et suis très mal soignée. L'on me met dans les courants d'air, je souffre de la tête et de partout... Ces femelles m'ont volé mes effets..., mais vous, dit-elle au médecin, vous serez payé, tranquillisez-vous. »

Constamment, elle fait part de ses hallucinations. Celles-ci sont surtout visuelles : « Une machine infernale a été placée au-dessus de son lit pour la tuer. » (Elle montre avec le doigt l'emplacement des crochets). « Chaque nuit, elle reçoit la visite de sa famille, de son médecin, de régiments entiers. » Les images sont de dimensions normales, ni lilliputiennes, ni géantes. Des hallucinations de l'ouïe sont associées aux précédentes : quoique sourde, elle entend parler ses visions, tend l'oreille, les prie de répéter et leur répond.

Parfois elle extériorise quelques idées délirantes, assez incohérentes. Elle crie quand on l'examine : « Il ne faut pas me couper les pieds, c'est défendu ! » Ou bien : « Mon petit-fils est mort !... Ma pauvre fille mariée à une brute pareille ! »

Par écrit, nous avons pu explorer ses fonctions intellectuelles. Elle lit et écrit correctement, connaît encore la table de multiplication. Souvenir imprécis de la guerre (1914-1918 ou 19). Elle reconnaît la monnaie, ne peut la compter sans erreur. Désorientation dans le temps et l'espace.

A l'examen clinique ont été jointes quelques épreuves spéciales.

Métabolisme de base : 16,2, diminué de 53 0/0 par rapport à la normale. Hypothermie parallèle (36° le matin, 36,8 le soir ; minimum constaté : 35°).

Epreuve de Goetsch. Injection de demi-milligramme de chlorhydrate d'adrénaline :

	Pouls	T. A. max.	T. A. min.
Avant l'injection	72	13	7
15 minutes après	72	10	6
30 minutes après	72	10,5	6
45 minutes après	72	10,5	5,5
60 minutes après	68	10	5,5
75 minutes après	72	10	5,5
90 minutes après	72	10,5	5,5

Donc, chute de tension nette et rapide.

Epreuve de Parisot. Injection d'une ampoule d'extrait thyroïdien :

	Pouls	R. O.-C.	T. A.
Avant l'injection	76	76/72	14/6
15 minutes après	72	72/68	12,5/6
30 minutes après	68	68/68	13/6,5
45 minutes après	68	68/68	13/7
60 minutes après	68	68/68	13/7

L'effet le plus net est encore la chute de tension.

Epreuve de Claude, Beaudouin et Porak. Injection d'une ampoule d'extrait hypophysaire postérieur :

	Pouls	T. A.
Avant l'injection	68	15/8
15 minutes après	78	13/6,5
30 minutes après	76	13/6,5
45 minutes après	76	13/7
60 minutes après	72	13,5/7

Accélération du pouls et chute de tension légère.

Epreuve de Eppinger-Hess (surrénale). Injection d'un milligramme d'adrénaline, une demi-heure après ingestion de 100 grammes de sucre, de pain et de lait.

	Pouls	R. O.-C.	T. A.
Avant l'injection	78	78/72	14/7
15 minutes après	76	76/72	12/7
30 minutes après	74	74/72	12,5/7
45 minutes après	72	72/72	12,5/7
60 minutes après	72	72/72	12,5/7

Légère chute de tension.

Examen des yeux : Pupilles inégales, déformées. Photomoteur normal. Taie cornéenne centrale, reliquat de kératite interstitielle probable.

Examen otologique : selérose de l'oreille interne, d'origine vraisemblablement syphilitique.

Dans le sang : Réaction de Bordet-Wassermann négative, de Meinicke positive, de Kahn très positive.

Urée sanguine : 0 gr. 36.

Examen hématologique : Pas d'anémie (4.300.000 globules rouges ; 7.000 globules blancs). Formule leucocytaire un peu modifiée : 13 lymphos, mononucléaires moyens 12, grands 5 ; polynucléaires neutrophiles 68, éosinophiles 2, basophiles 0.

Liquide céphalo-rachidien : Tension : 26 cm.

Albumine : 0 gr. 45. Réaction de Pandy positive, de Weichbrodt négative. Leucocytes : 0,8. Benjoin : 00000.02222.10000.

Elixir parégorique : 0-0. Réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatives.

Urines : 750 cm³ par jour. Légère albuminurie : 0 gr. 165.

La première question qui se pose en présence de cette symptomatologie, manifestement endocrinienne, est celle de déterminer les glandes responsables. L'atteinte thyroïdienne est indiscutable, mesurée par la diminution considérable du métabolisme de base (53 0/0) ; le tableau clinique correspond dans l'ensemble au tableau classique du myxœdème acquis. Mais, d'autre part, l'asthénie excessive, la chute de tension artérielle notée dans toutes les épreuves d'injections de glandes, indiquent une insuffisance surrénale. Enfin, il ne faut pas oublier que cette femme a été castrée il y a huit ans.

Aussi est-ce seulement sur des nuances que l'on se fondera pour attribuer le cas au myxœdème, ou au syndrome décrit par M. Claude en 1907, sous le nom de syndrome thyro-génito-surrénal. En faveur du premier, l'on invoquera l'infiltration des paupières, la voix bitonale, la somnolence, l'engourdissement intellectuel, l'absence d'hypotension marquée. L'asthénie, la frilosité, l'aspect vieillot, l'absence d'anomalie sanguine, la note affective désagréable feraient au contraire pencher vers la seconde entité clinique.

Un autre problème que pose notre malade est celui de la pathogénie des phénomènes oniriques transitoires qu'elle vient de présenter. Dans le myxœdème, ceux-ci sont, à vrai dire, exceptionnels : ils ont été cependant signalés par Pilcz, Régis et Laignel-Lavastine. Régis notamment voit dans ces faits la preuve de l'origine toxique des troubles intellectuels, constants au contraire dans le myxœdème. D'ailleurs, nous venons de le montrer, ce myxœdème n'est pas pur et il est possible que l'atteinte des autres glandes ait contribué à favoriser l'onirisme observé.

Enfin, l'on ne peut négliger les signes d'atteinte syphilitique, décelés par les divers examens : inégalité pupillaire, kératite

interstitielle, sclérose de l'oreille interne, hépato et splénomégalies légères ; réaction de Meinicke positive dans le sang, de Kahn, très positive ; dans le liquide céphalo-rachidien, légère hyperalbuminose, réaction de Pandy positive, benjoin sub-positif. En l'absence de toute autre étiologie capable d'expliquer l'évolution, chez une femme de cet âge, de perturbations endocriniennes aussi profondes, l'hypothèse d'un processus syphilitique prend une grande vraisemblance.

L'on sait que Roger et Garnier ont obtenu un myxœdème expérimental par injection de toxines syphilitiques. Koeler, de Massary, Laignel-Lavastine ont signalé des cas d'insuffisance thyroïdienne d'origine manifestement syphilitique, ou améliorés par le traitement spécifique. La coexistence de deux syndromes myxœdémateux et paralytique a été rencontrée par de Massary.

Nous nous proposons d'instituer, chez cette malade, un double traitement, opothérapique et anti-syphilitique. Peut-être l'action de ce dernier nous apportera-t-elle la preuve de l'étiologie proposée. C'est pourquoi nous avons tenu à la présenter dès aujourd'hui, telle qu'elle apparaissait à son entrée, avant toute thérapeutique.

M. H. CLAUDE. — Dans les syndromes pluriglandulaires, on ne peut, sur le vivant, conclure à l'atteinte lésionnelle de toutes les glandes dont la sécrétion est troublée, car le trouble de la sécrétion de l'une retentit sur la sécrétion d'une autre. Seule l'autopsie renseigne avec certitude. Dans la plupart des cas, il y a transposition des caractères sexuels : la femme prend l'aspect masculin et l'homme prend l'aspect féminin. C'est généralement la syphilis ou la tuberculose, et aussi souvent l'une que l'autre que l'on rencontre comme agent étiologique infectieux de ces insuffisances. Le traitement doit viser l'étiologie ; ici, la syphilis et l'insuffisance endocrinienne, c'est-à-dire comporter l'opothérapie. Mais il échoue généralement, même chez les enfants de l'aveu concordant des psychiatres et des pédiastres. Cela parce que les lésions sont devenues scléreuses, quand on conduit le malade au médecin, et que l'opothérapie n'a pas une action de remplacement, mais une action d'excitation sur les parenchymes restés intacts.

M. DUPOUY. — Les troubles mentaux de cette femme ayant un caractère aigu et ne datant que de 15 jours, on peut, en ce qui les concerne, professer un certain optimisme thérapeutique.

M. H. CLAUDE. — Ce que le traitement anti-syphilitique améliore en pareils cas, c'est la tension artérielle et les troubles qu'elle conditionne.

Pseudo-suicide par dépit, par M. Paul COURBON

Une gérante de restaurant, qui n'avait pas paru le matin à son comptoir, est trouvée dans son appartement l'après-midi, endormie sur son lit, avec sur la table de nuit un flacon de somnifère presque vide et dans la cuisine le robinet du fourneau à gaz ouvert. On la réveille avec peine. Mais aussitôt elle se livre à des gestes si désordonnés et tient des propos si bizarres qu'on la croit folle, qu'on pense à un suicide, qu'un hôpital refuse de l'admettre et qu'on l'interne à Ste-Anne. Cet état d'agitation confusionnelle dure à peine 3 jours et tout rentre dans l'ordre. Telle est l'aventure survenue à la malade que voici :

Il s'agit d'une femme de 36 ans, de santé robuste, d'intelligence positive et vive, de caractère extrêmement sérieux quoique un peu impulsif, douée d'une puissance de travail remarquable. Elle a toujours très largement gagné sa vie comme caissière ou gérante dans divers grands hôtels de villes d'eaux ou de la capitale. Elle a toujours été extrêmement estimée de ses chefs et de ses inférieurs.

En décembre dernier elle entra comme gérante d'un restaurant de jour et de nuit que venait de fonder à Paris, après avoir obtenu sa collaboration, un maître d'hôtel d'un des plus grands établissements du boulevard. Celui-ci l'avait vue à l'œuvre pendant 5 ans, et comptait beaucoup sur elle, pour la prospérité de l'affaire.

Son espoir ne fut pas déçu. Le restaurant a une grande vogue. Mais le patron et la gérante se sont surmenés. Celle-ci arrivait à 8 h. 1/2 et ne partait qu'à 2 h. du matin. Jamais de congé. De temps à autre une simple matinée passée au lit. Jamais de distraction. Ses amis et connaissances venaient la voir l'après-midi, à sa caisse.

Très contente de ce genre de travail où elle excelle et qui lui rapporte, elle constata néanmoins qu'elle ne se portait pas bien depuis quelques mois. Elle avait engraisé de 6 kg. depuis un an. Elle avait les jambes enflées. Elle était nerveuse. Elle buvait du café deux fois par jour et ne pouvait pas dormir. Une cliente lui ayant conseillé le somnifère, elle en prit 20 gouttes, il y a quelques jours et dormit bien. Mais elle ne recommença pas ayant peur d'abuser.

Ses patrons, ses amis la trouvant nerveuse lui conseillaient d'aller voir un médecin. Mais elle n'en avait pas le temps.

Or, un soir, comme elle avait menacé avec trop de colère, un garçon et une caissière de les mettre à la porte parce que manquant de correction, elle vit le patron s'approcher du couple réprimandé et l'en-

tendit leur murmurer : « Ne faites pas attention à ce que vous a dit Mademoiselle, vous savez bien qu'elle est nerveuse. »

Profondément vexée, elle ne dit rien aux assistants ; mais par téléphone elle demanda pour le lendemain après-midi 3 heures, un rendez-vous au directeur du bureau de placement pour se procurer une autre place. Elle continua à faire un service normal jusqu'à 2 h. du matin et rentra chez elle.

« Puisque je suis décidée à ne pas revenir chez cet imbécile, et que je puis ne me lever qu'à midi, il faut que je dorme », se dit-elle. Elle se versa au jugé une cuillerée à café de somnifène, la but, installa comme d'habitude sa bouillotte sur le fourneau à gaz, alluma celui-ci et s'étendit sur le lit pour attendre que l'eau de sa toilette fût chaude.

C'est là que s'arrêtent les souvenirs dont elle est sûre. Elle se rappelle avoir vu sa sœur, et son beau-frère près de son lit, avoir gesticulé et protesté parce qu'on voulait la conduire dans un hôpital, avoir été mise sur un brancard dans la cour de Bichat, avoir traversé Paris dans un taxi, avoir été camisolée par des infirmières, avoir eu peur, pendant toute une nuit, avoir parlé le lendemain avec un monsieur à barbe blanche qu'on appelait docteur. Lorsqu'elle arriva le surlendemain à Vaucluse elle avait recouvré toute sa lucidité, regrettait son aventure, s'en prenait à elle-même de s'être ainsi surmenée, déclarait avoir été abrutie et comme dans un cauchemar, promettait désormais de mener une vie plus hygiénique, et écrivait aussitôt une lettre très sensée à son patron pour lui donner des renseignements reconnus très exacts sur la caisse, les commandes faites, les ordres donnés, les engagements pris la veille de la nuit tragique, etc...

Physiquement elle avait à peine mal à la tête, mais sa langue tremblait et était très saburrale. Actuellement on ne constate rien de bien appréciable, sauf un commencement d'obésité. Ses règles sont régulières.

L'enquête a confirmé tous ses dires. L'eau en bouillant avait, comme cela était arrivé fréquemment, éteint la flamme du gaz, la bouilloire fut trouvée au-dessus du fourneau éteint, mais dont le gaz s'échappait.

Rien n'est à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Elle appartient à une famille de gens très travailleurs et énergiques dans laquelle la connaissance positive des réalités tient en bride les sentiments. Tous ses parents ont une situation sociale solide, acquise ou entretenue par le travail.

De cette observation, 3 points sont à retenir :

1° Le syndrome clinique consécutif à cet empoisonnement mixte par le somnifère et le gaz d'éclairage a consisté en un état de confusion mentale, comme le prouvent les lacunes du souvenir, et un état d'agitation psychomotrice, comme le prouve la nécessité de l'emploi de la camisole de force. L'élément confusion-

nel est classique dans toutes les intoxications. Il en est de même de l'élément agitation, surtout lorsque l'intoxication a commencé par produire de l'inhibition, constatation sur laquelle est fondée la conception de l'asthénomanie. On sait, en outre, que l'excitation et l'hyperthymie sont de règle après le sommeil par les barbituriques.

2° Les circonstances psychiques qui déterminèrent cette intoxication sont à préciser. En se versant largement un médicament dont elle savait la toxicité, cette femme intelligente et nullement lasse de la vie commettait un acte dangereux pour son existence. Quelques heures plus tôt, elle avait commis un acte également dangereux pour son intérêt matériel et moral, en décidant de renoncer à un emploi qu'elle avait choisi, qui lui plaisait, où elle était aimée, et qui lui rapportait considération et argent. Ces actes dangereux dont elle avait conscience, elle les accomplissait brusquement en réponse à une contrariété insignifiante : la désapprobation discrète du patron pour une réprimande banale donnée par elle à des domestiques.

Ces circonstances sont des réactions de dépit. Or, il est à noter ici que le dépit ou « état de chagrin mêlé de colère envers une situation peu grave, mais qu'on ne peut modifier », peut déterminer chez les femmes, pour peu qu'elles soient impulsives et quelque grande que soit leur intelligence, les actes les plus désastreux. J'ai vu plusieurs tentatives véritables de suicide de cette nature. Et, lors de la discussion de l'observation que j'ai rapportée avec mon interne Magnand (*Soc. Clin. de Méd. Ment.*, mars 1927), M. de Clérambault a déclaré en avoir fréquemment observé. Ici, le cas est moins grave, car la malade n'a pas essayé de se tuer. Il y eut une imprudence qui faillit amener la mort, mais non, à proprement parler, tentative de suicide.

Signalons, en outre, que le dépit comme toute contrariété, constitue un phénomène de ce que Sollier appelle la répression mentale (Alcan, 1930). Les tendances du sujet sont inhibées. Toute répression est suivie à plus ou moins longue échéance d'une détente. Et cette détente fut peut-être pour quelque chose dans l'agitation apparue au réveil du sommeil toxique.

3° Le surmenage intellectuel et physique, a joué un rôle étiologique. La violation des règles d'hygiène a engendré d'abord des troubles physiques et mentaux, notamment l'obésité et l'émotivité, qui aboutirent ensuite à l'éclosion de cette psychose. Cela prouve que l'excès de travail est aussi dangereux que le désœuvrement, sur le rôle pathogène duquel je m'efforçais l'avant-dernier mois d'attirer l'attention. En cette matière comme dans toute conduite, la sagesse est dans la mesure.

M. DUPOUY. — Voilà un cas de troubles mentaux dont le traitement n'exigeait peut-être pas le recours à l'internement.

M. Pierre KAHN. — Je pense que de tels cas justifient la création des services de psychiatrie à l'hôpital tels que, en 1914, j'avais proposé à la Société médicale des hôpitaux d'en instituer.

M. TRÉNEL. — Je ferai à ce propos une déclaration et une hypothèse. La déclaration est catégorique ; c'est qu'on ne doit jamais, devant un malade ou un convalescent, discuter sur l'opportunité de son internement. L'hypothèse basée sur une simple impression, c'est que la malade présentée est peut-être encore délirante, car elle m'a eu l'air contrainte et réticente.

M. HEUYER. — A cause de la mauvaise installation des services psychiatriques d'hôpital, il est des cas où l'agitation et la résistance d'un malade que l'on sait devoir guérir à brève échéance sont d'une intensité telle que l'on est forcé de procéder à l'internement.

J'admets que le dépit puisse jouer un rôle étiologique dans les états signalés par M. Courbon. Mais ce n'est qu'un rôle occasionnel. L'essentiel, c'est l'état constitutionnel de l'individu qu'une circonstance dépite. Sans cet état constitutionnel, le dépit ne produit aucun trouble. Quant au surmenage, on l'invoque à tort et à travers dans l'étiologie psychiatrique sans prouver toujours sa présence.

M. COURBON. — Je pense qu'on doit autant que possible éviter l'internement, mais j'avoue avec M. Heuyer qu'il est des cas où il s'impose. Comme lui, je trouve que le dépit n'est qu'une cause occasionnelle qui n'agit que sur un fonds de déséquilibre ou d'émotivité. Mais ce fonds n'est pas toujours constitutionnel. Il peut être acquis. C'est le cas de cette femme qui, depuis 15 ans, gère de grands restaurants à la satisfaction unanime des patrons, du personnel et de la clientèle, et qui tout d'un coup, d'une façon qu'elle a elle-même qualifiée ici de ridicule, s'offense d'une réflexion sans importance de son patron. Pondérée, maîtresse d'elle-même et douée de sang-froid, elle est devenue irritable, capricieuse, émotive, allant parfois jusqu'à pleurer. Cela sous l'influence du surmenage, c'est-à-dire à la suite d'une dépense supérieure à ses réserves d'énergie disponible. Ici, le surmenage est évident et par les conditions de l'existence (depuis 6 mois, travail quotidien de 18 heures, jamais de sortie, jamais de distraction) et par ses effets physiologiques (engraissement de 6 kg., insomnies, enflures des jambes).

La remarque de M. Trénel sur l'attitude contrainte de la malade tout à l'heure est fondée. Mais cette gêne a de tout autres conditions que la réticence qui, d'ailleurs, est parfois compatible avec l'aisance la plus grande. L'émotivité séquelle du surmenage, la honte d'une exhibition publique sous le costume d'une aliénée alors que l'on est coquette, la crainte d'être reconnue plus tard comme une échappée d'asile par quelque consommateur du restaurant à la mode, où tout obéit à vos ordres, suffisent abondamment à expliquer légitimement cette contrainte.

Bouffée délirante de persécution par transplantation sociale et caféisme, par MM. Paul COURBON et J. TUSQUES

La bouffée délirante de persécution dont cette femme a été atteinte est intéressante par deux des facteurs étiologiques qui la déterminèrent : l'un d'ordre sociologique, le séjour dans un milieu pour lequel l'intéressée manquait d'aptitudes à s'adapter (ectopisme), l'autre d'ordre toxique : l'abus du café auquel elle se livra.

Aucun antécédent à retenir chez cette femme de 47 ans. Elle quitte à 13 ans son village natal en Lorraine annexée pour venir se placer à Paris. En 1908, à l'âge de 24 ans, elle épouse un ouvrier. Le ménage, honnête et travailleur, contracte des amitiés solides avec d'autres ménages, du même milieu social, amitiés qui survivront au départ en province, et ne demandent qu'à se manifester encore, depuis l'internement.

En 1923, le mari étant diabétique et ayant de petites économies, ils partent à J..., village voisin de son pays d'origine, en Lorraine désannexée, où elle n'allait que rarement pour faire de courtes visites à ses parents.

Dès lors, cessation de l'entente avec l'entourage. Le mari, esprit fort, étale son athéisme, ce qui scandalise les voisins, dans cette population très religieuse. De plus, il se mêle à une querelle de mairie. Sa femme le soutient. Dans les lettres qu'elle écrit à ses amies de France, elle fait le récit de ses difficultés avec les voisins.

A la mort du mari, en 1928, les difficultés vont redoubler. Le maire essaie d'acheter la maison à bon compte. Elle refuse. Elle a pour relation la grande Marie, commère de village qui, par ses racontars, va compliquer l'existence de la malheureuse veuve. Elle lui suggère d'épouser un épicier de Metz, veuf, qu'elle connaît pour lui avoir vendu des fraises. La malade ne donne pas suite à cette proposition, mais quelque temps après, elle lui écrit de venir la voir avec ses enfants. Le jour fixé, ne le voyant pas arriver, elle part à bicyclette pour prendre de ses nouvelles. Il lui annonce qu'il se marie le lende-

main. Dépitée, elle rentre chez elle. Mais la grande Marie apprend l'aventure, la raconte, la déforme. Les « cancan » font le tour du marché de Metz. Lorsqu'elle vient y vendre ses fruits, on la ridiculise. Elle entend qu'on la traite de « putain », de « mère maquerelle ». « La Putain de Paris est donc encore là ! » Elle dépose une plainte à la sous-préfecture qui n'y donne pas suite.

Elle décide alors de passer l'hiver 1929-30 à Paris où elle se place. Là, comportement normal avec ses patrons qui, très satisfaits de ses services, lui demanderont de revenir après l'hystérectomie qu'elle a dû subir pour fibrome. Elle fréquente à nouveau ses anciens amis. A la fin de l'hiver, elle retourne dans son village pour se reposer et prendre soin des fruits de son jardin. Là elle passe l'été 1930 sans grands ennuis. Les voisins de l'aiment pas, mais ne l'ennuient pas. Elle a loué une partie de sa maison à une honorable famille qui y passe ses vacances et avec qui elle s'entend fort bien.

En novembre 1930, ses locataires sont partis, elle s'apprête à regagner Paris pour l'hiver, lorsqu'elle reçoit la visite d'un ouvrier italien qui demande à louer sa maison. Renseignements pris (ils sont très mauvais) elle refuse. Cependant cet Italien arrive un beau matin avec sa femme, ses enfants et ses meubles. La propriétaire refuse de les recevoir. Ils amentent les voisins. Se sachant sans défense dans ce village où le maire lui est hostile, elle précipite son départ. A Paris, elle se place comme domestique chez un honorable ménage qui est tellement satisfait de ses services qu'il lui demandera de le rejoindre à Bordeaux où il dut partir. Elle continue à fréquenter ses vieux amis, se crée de nouvelles amitiés. Elle est très heureuse.

En mars 1931 elle revient à J., toujours pour prendre soin de ses fruits, et avec l'idée de vendre sa maison dès que ses amis lui auront trouvé un logement à Paris. En arrivant, elle trouve des voisins nettement hostiles. Ils jettent des lapins crevés dans son jardin, font courir le bruit qu'elle a une mauvaise conduite et qu'elle se saoule. Un jour un homme ivre passe qui provoque un scandale devant sa maison : « Si vous avez envie de tirer un coup, je suis là ! » (cet homme lui fera d'ailleurs des excuses). Tout cela la tourmente, elle boit beaucoup de café, une livre par semaine. Alors son état devient proprement pathologique, au dire de l'entourage, et comme elle en convient elle-même. A partir du 21 avril 1931, elle est prise d'insomnie, elle ne se rappelle que très vaguement ce qu'elle fait : visite à ses parents pour se plaindre ; visite à un médecin de Metz pour consulter. Le 23 avril, pendant la nuit, elle est prise de peur et s'enfuit brusquement à Paris. Dès son arrivée, elle va se plaindre au commissaire de police de la gare de l'Est, descend dans un hôtel près de l'Odéon, va consulter à Lariboisière, puis à la Pitié. Finalement elle se rend chez ses vieux amis qu'elle effraye par son attitude. Affolés, ils appellent un agent. Elle est conduite à l'infirmerie du Dépôt.

A l'asile, elle se présente comme une personne calme, quoiqu'un peu émotive, ordonnée, consciencieuse. Elle reconnaît avoir eu « la tête brouillée » pendant quelques jours.

En résumé, il s'agit d'une bouffée délirante de persécution ayant déterminé une fugue au cours de laquelle eut lieu l'internement, cela chez une femme arrivée à l'âge de la ménopause, ayant subi il y a deux ans une hystérotomie totale, et qui depuis 3 mois buvait du café avec excès pour réagir contre les ennuis qu'elle éprouve toujours à séjourner dans un village où elle revient chaque année villégiaturer depuis quelque temps.

De ce complexe étiologique, nous ne retiendrons que 2 facteurs, parce qu'ils semblent avoir joué un rôle prépondérant.

1° Le facteur social a une importance évidente. En effet, tant qu'elle vit à Paris, cette femme n'a absolument rien d'une paranoïaque.

Elle a une conduite normale, s'entend bien avec tout le monde. Elle a des amis de 35 ans qui n'ont rien trouvé de changé en elle et qui avaient même décidé de la loger avec eux. Elle passe les mois de son séjour annuel à Paris dans une seule place, gagnant des gains normaux. Cette dernière fois, sa patronne avait gardé d'elle un si bon souvenir qu'obligée de partir à Bordeaux, elle voulait l'emmener.

Au contraire, dès qu'elle se trouve dans un petit village de Lorraine désannexée où elle va depuis plusieurs ans, elle ne cesse de se plaindre de l'entouragè. Elle a même récemment échafaudé un vague délire de persécution avec fugue, aujourd'hui guéri.

Maints arguments prouvent en faveur de l'existence d'une animosité réelle de beaucoup de ses voisins à son égard. Partie enfant et pauvre d'un village occupé par les Allemands pour venir en France, elle y revenait mariée et riche. Son mari était un étranger dont la sottise vanité froissa les croyances locales, par l'athéisme agressif qu'il affichait ; quand il fut mort, l'appât d'acheter à bon marché la propriété d'une veuve qu'on voulait décider à quitter le pays, dut jouer son rôle. Les rancunes politiques locales, puisque le défunt avait voulu jouer un rôle d'électeur, les rivalités nationales exaspérées par la propagande autonomiste intervinrent également. Les propos, les gestes, les actes malveillants ont certainement été nombreux. Ce furent autant de facteurs émotionnels qui concoururent avec les autres à faire chavirer l'équilibre mental.

On peut donc dire de cette femme, qui s'entend avec tout le monde et a une conduite normale à Paris tandis qu'elle a maille à partir avec beaucoup de gens dans un village lorrain, qu'elle est socialement à sa place dans celui-là et non dans celui-ci. Elle réalise donc les conditions auxquelles l'un de nous a donné le

nom d'ectopisme mental. (Courbon, Les mentalités paradoxales, *Journal de Psychol.*, 1925, p. 252. Courbon et Vie, *Société Clinique de Médecine Mentale*, janvier 1928).

2° Le facteur café a joué son rôle, également. Depuis 3 mois, elle consommait une livre de café par semaine. L'insomnie, le tremblement de la langue et des lèvres et des doigts, qui ont fait supposer l'éthylisme, doivent lui être rapportés.

Délire spirite. Ecriture automatique,
par MM. LEVY-VALENSI et Henri Ey

Résumé : MM. LÉVY-VALENSI et Henry EY présentent une malade qui depuis 1922 s'adonne à des pratiques de spiritisme. Elle a obtenu d'abord des phénomènes d'écriture automatique, puis elle est devenue « médium auditif ».

Cette malade vit dans un état de solitude absolue, elle capte des messages et des esprits. Elle présente un délire à forme paranoïde où se mêlent les éléments les plus divers (influence, possession, persécution, délire cosmique, etc.).

Cette communication sera publiée *in extenso* comme Mémoire original dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

M. HEUYER. — Je ne suis d'accord avec les auteurs ni sur l'origine, ni sur le diagnostic de la maladie. Ce n'est pas parce qu'elle a pratiqué le spiritisme que cette femme a eu des troubles mentaux, c'est parce qu'elle ressentait les premières atteintes de ses troubles mentaux, qu'elle a cherché dans le spiritisme leur interprétation. Avant d'échouer chez les psychiatres, elle a, pendant 5 ans, consulté divers médecins, et elle était depuis longtemps dissociée et malade dans sa cœnesthésie lorsqu'elle arriva chez eux.

Ce qui domine et précède tout dans ces états, c'est l'automatisme mental au sens de de Clérambault. Les idées délirantes qui éclosent ultérieurement sont tout à fait secondaires et puisées dans les notions courantes fournies par les journaux, les romans, les conversations. Ces idées sont mystiques, érotiques, de possession, de zoopathie, etc., selon l'opinion en vogue dans le milieu social : spirite, théosophique, etc... Le débile convaincu, le délirant chronique, le dément précoce sont fréquemment des adeptes du spiritisme. Quant à cette femme, grande délirante, elle présente une attitude hypomaniaque, témoin sa graphorrhée, son euphorie et la richesse de ses productions imaginatives.

M. Ach. DELMAS. — Comme M. Heuyer, je crois que la pratique du spiritisme est la conséquence et non la cause des troubles mentaux. Mais à côté de l'automatisme mental, qui a sa condition dans une infection génératrice de lésions, tel que le décrit M. de Clérambault, il y a un automatisme qui a sa condition dans les tendances constitutionnelles de l'individu. Le premier acquis aboutit au délire. Le second, constitutionnel, est celui qui a conduit cette malade chez les spirites en en faisant une maniaque. Ce n'est pas une délirante. Elle a l'hyperactivité, l'euphorie, la coquetterie d'une maniaque. Elle n'a pas d'hallucinations sensorielles véritables, mais de pseudo-hallucinations psychiques. Elle est, selon son expression, inspirée, et le phénomène de l'inspiration est essentiellement maniaque. D'ailleurs, tous les psychopathes chez qui j'ai trouvé de l'écriture automatique étaient des hypomaniaques.

M. Ey. — La malade n'est pas stéréotypée dans ses expressions. Et souvent elle décrit ses voix à la façon des hallucinés. « Je les entends comme s'ils me parlaient. » Il est vrai qu'elle invente avec abondance. Mais l'intervention de l'imagination n'est pas le monopole de la manie. Des déments précoces sont féconds en productions littéraires.

M. LÉVY-VALENSI. — Nous sommes d'accord en ce qui concerne l'importance primordiale de l'automatisme mental. Il se peut qu'il soit antérieur aux pratiques spirites ici. Mais il n'en est pas moins vrai que celles-ci ont une énorme influence pour aggraver un déséquilibre mental. Ni l'euphorie ni la prolixité graphique ne sont pathognomoniques de manie. L'euphorie se trouve dans divers états pathologiques. Et s'il existait une proportion fatale entre le volume des écrits et le degré de manie de leurs auteurs, les psychiatres qui ont noirci plus de pages qu'elle dans le même laps de temps, seraient plus malades qu'elle ne l'est.

Syndrôme pluri-glandulaire tardif (*présentation de pièces*),
par MM. H. CLAUDE, Pierre BOURGEOIS, P. MASQUIN et CUEL

B... Constant, âgé de 77 ans, était entré dans notre service en octobre dernier, avec le certificat suivant :

« Débilité mentale avec léger affaiblissement, idées confuses de persécution, turbulence, insomnie. Contusions. Faiblesse musculaire. Agénésie génitale avec développement des seins et apilosite axillaire et faciale (D^r Simon). »

L'examen psychiatrique rendu difficile du fait de la surdité, permettait de noter toutefois : une *grosse désorientation dans le temps et dans l'espace* : « Aujourd'hui c'est dimanche, octobre 1923. Je suis ici dans le département du Loir-et-Cher. Je suis dans ma famille. » ; des *fausses reconnaissances* : « Vous êtes un employé de la maison... Non..., c'est le docteur qui vient me voir quand j'ai la colique... » ; une *dysmnésie légère*, car en fixant l'attention du sujet on pouvait arriver à quelques précisions : « J'ai dans les 70, 72, 73 ans. Je suis né en janvier 1853, spécifie-t-il. Je me suis marié la première fois en 1821 et la seconde fois pour les fêtes de Pâques, cette année. Ma seconde femme a 18 ans. Je ne sais pas pourquoi je me suis marié. Au début, j'ai trouvé ça bien drôle. Elle m'a dit : « Moi, des hommes il ne m'en faut pas, tu en as assez pour moi, il ne m'en faut pas beaucoup... »

Il raconte ses échecs conjugaux avec une certaine euphorie. Sa première femme ayant du tempérament, il lui conseillait de prendre des amants pour avoir des enfants qu'il reconnaissait complaisamment par la suite. Il prétend avoir eu quelques rares érections : « Ça ne durait qu'un instant. » Il ne semble s'être masturbé que quelques fois après 20 ans. Il arrivait dit-il, à émettre une goutte de sperme.

Au total : homme ayant une instruction rudimentaire (sait lire et signer son nom) — paysan — sans doute débile mental, mais à l'heure actuelle, l'affaiblissement intellectuel et la désorientation semblent bien dépasser le cadre de la simple débilité : il s'agit d'un état démentiel sénile bien caractérisé.

Aussi les renseignements que nous donne le malade sur ses antécédents personnels ou héréditaires sont-ils peut-être sujets à caution. N'ayant pas été visité par sa famille, nous n'avons pu nous les faire confirmer. Pourtant ils cadrent assez bien avec ceux qu'il aurait précédemment donnés à MM. Simon et Rondepierre (1) : débilité physique dans l'enfance (d'une famille de débiles physiques), refusé au conseil de révision pour exigüité de taille (1 m. 50). *Accroissement brusque vers l'âge de 24 ans pour atteindre la taille actuelle de 1 m. 85.*

Examen morphologique : de très grande taille, se présente voûté, avec une démarche traînante. Visage ridé, fixe, inexpressif, faciès de « vieille femme », sans âge.

La tête, de taille un peu inférieure à la moyenne, est surtout remarquable par son aspect *glabre* et *ridé*. Aucun poil à la moustache ni à la barbe, les sourcils sont relativement fournis dans leur partie médiane, à la périphérie, au contraire, ils deviennent rares (signe de la queue du sourcil positif). Les cheveux sont bien fournis, gris-blancs, assez fins au toucher, secs. Les *rides*, nombreuses au front, le

(1) SIMON et RONDEPIERRE. — Débile affaibli avec syndrome eunuchoïde. *Soc. Médico-psycholog.*, oct. 1930.

sont surtout au niveau des joues et des faces latérales du cou qu'elles ravinent de plis profonds et parallèles. La bouche est presque complètement édentée.

Pas de modification notable de la langue, animée seulement de quelques secousses fibrillaires. Pas de déformation non plus de la voûte du palais. *La voix n'a pas de caractère eunuchoïde*, elle est assez anocordée.

Le palper de la base du cou ne permet pas de sentir de corps thyroïde.

Le tronc est déformé :

Vu de face, le thorax apparaît cylindrique en haut, s'évase au niveau des fausses côtes.

L'abdomen est évasé.

Le bassin largement ouvert (bassin féminin), les ailes iliaques sont largement déjetées en dehors.

Il existe une sorte de tassement qui amène le rebord des fausses côtes presque au contact des crêtes iliaques. D'où, d'une part, impression d'élargissement transversal de l'abdomen et du bassin ; d'autre part, raccourcissement global du tronc dont les proportions avec les membres inférieurs ne sont plus conservées, ceux-ci paraissant anormalement longs.

La palpation permet de préciser le siège du rebord costal. On constate qu'il existe un appendice xyphoïde du sternum large et étalé. Le sternum est dans l'ensemble enfoncé en gouttière. Au niveau de la paroi abdominale on constate que la musculature de la paroi a conservé sa force, mais les deux muscles droits sont écartés l'un de l'autre de 4 à 5 cm. environ.

Partout, la *peau est sèche, écailleuse*, se laisse facilement *plisser*, elle est mal accrochée au plan profond et se plisse à la manière d'un vêtement trop large.

A noter la présence de quelques *nœvi musculaires*.

Vu de profil, on constate que l'abdomen ne bombe pas en avant à la manière d'un obèse ; par contre, il existe en arrière une cyphose dorsale supérieure manifeste. *Les seins* font une légère saillie, leur palpation montre une augmentation modérée de la glande, surtout à gauche.

Vu de dos, on ne note aucune scoliose, on précise les caractères de la cyphose non douloureuse, diffuse, portant sur plusieurs vertèbres, avec disparition de la mobilité de l'axe vertébral à son niveau.

LES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES *sont minuscules*, la verge est de la grosseur d'un crayon, le pubis présente quelques poils rares, gris. Testicules minuscules. Anneaux inguinaux semblent normaux. Pas d'impulsion à la toux.

Il existerait de *l'incontinence d'urine* (nocturne) qui se serait manifestée et aurait persisté depuis l'enfance.

Les membres supérieurs sont longs, amaigris. A noter surtout l'existence de *rhumatisme déformant* des mains à peine marqué à

gauche, net à droite avec *déformation en coup de vent*. Déformations incomplètement réductibles, modérément douloureuses.

Les *membres inférieurs* sont également longs et maigres (type échassier), pas de déformations rhumatismales des pieds, varices, cicatrices d'ulcérations variqueuses anciennes, lésion eczématiforme de la région fessière.

Une première radiographie du crâne pratiquée à la Salpêtrière montre : « Suture des apophyses clinoides postérieures complètement disparues ; apophyses clinoides antérieures lésées mais encore apparentes. Possibilité de cloisonnement de la selle turcique. »

Une seconde donnait : « Epaississement de la voûte crânienne. Agrandissement des sinus frontaux et maxillaires. Aspect anormal de la selle turcique dont les contours apparaissent amincis et dédoublés, mais il y a lieu de faire une réserve, l'incidence correcte étant presque impossible à maintenir avec ce malade. »

L'étude du métabolisme de base n'a pu être pratiquée en raison d'une légère turbulence et surtout de la logorrhée du sujet. MM. Simon et Rondepierre, dans un précédent examen, avaient constaté une légère augmentation (17 0/0), mais imputable, leur semblait-il, à cette excitation irréductible.

Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. Pas de polyurie, ni de polydipsie.

La P. L. : T. A. = 29. Albumine : 0,30. Pandy : négatif. Cytologie : 0,2 élément par mmc. Wassermann : négatif. Benjoin : 00000.02220.00000.

Le 10 janvier, congestion pulmonaire. Le 13 janvier, après une ascension thermique (42°), le malade décédait.

Autopsie, vingt-six heures après la mort.

Cadavre en bon état de conservation. Aucune trace de fracture ou de contusion.

Adiposité moyenne. Poils pubiens et axillaires rares. Verge minuscule. Développement excessif des seins.

SYSTÈME NERVEUX. — Cerveau. Artères cérébrales très athéromateuses, dures, cassantes, flexueuses. Méninges légèrement épaissies. A l'examen de la base du crâne, on note que la selle turcique est très peu creusée, presque plate, de sorte que l'hypophyse qui paraît normale de volume et de consistance fait au-dessus d'elle une saillie plus marquée qu'à l'ordinaire.

A la coupe du cerveau on découvre, dans les deux hémisphères, de nombreuses lacunes et petits foyers de ramollissement disséminés dans les noyaux gris centraux, le centre ovale, le cortex. De petites lacunes existent également dans la protubérance.

GLANDES. — Les testicules sont extrêmement atrophiés, du volume approximatif d'un haricot, aplatis, le gauche étant un peu plus volumineux que le droit.

A l'examen microscopique, le tissu glandulaire apparaît réduit.

Les tubes séminifères sont dissociés, aplatis par la prolifération conjonctive. Nappes fibreuses en îlots. Pas de spermatogénèse.

C. thyroïde : 7 grammes. Petit, présente de nombreuses formations kystiques colloïdes.

Gl. surrénales : normales en volume et en consistance, ne présentent aucune lésion microscopique.

Hypophyse : un certain nombre de cellules basophiles montrent un état vacuolaire assez marqué.

ORGANES THORACIQUES ET ABDOMINAUX. — *Poumons et plèvres* : pas de tuberculose ancienne ni en évolution. Congestion des bases pulmonaires. *Cœur* : 680 gr. et aorte. Péricarde libre. Hypertrophie assez marquée du V. G. dont les parois sont très épaissies.

Aorte initiale lisse, sans athérome. Pas d'altérations valvulaires.

Foie : 1.500 gr., un peu congestionné. Dégénérescence graisseuse en îlots du parenchyme, sans cirrhose.

Reins : d. 160 gr., g. 140. Normaux. Corticale non atrophiée. Décortication facile.

Rate : 180 gr., un peu diffluente.



Cette observation est un nouveau cas de syndrome pluriglandulaire conforme dans son ensemble aux nombreuses descriptions qui ont suivi l'observation princeps (Claude et Gougerot) (1).

Les *lésions anatomiques* portent à la fois sur les testicules, le corps thyroïde et l'hypophyse, mais, à dire vrai les lésions hypophysaires sont si discrètes que le syndrome, surtout testiculaire et thyroïdien, est plus pauciglandulaire que véritablement polyglandulaire.

La *morphologie* de ce sujet, telle qu'on peut l'étudier sur les photographies, mérite aussi quelques observations.

Dans leur communication, MM. Simon et Rondepierre parlent d'eunuquisme, et, en effet, ce sujet possédait la haute stature, l'allongement relatif des membres inférieurs, la pauvreté du système pileux, qui appartiennent à la morphologie des castrats ; par contre, il ne présentait ni les modifications de la voix, ni l'obésité qui sont habituels en pareil cas, quant à l'hypertrophie des seins elle était à peine indiquée.

(1) H. CLAUDE et GOUGEROT. — Les syndromes d'insuffisance pluriglandulaire, leur place en nosographie. *Revue de Médecine*, an. XXXIII, n° 10 et 11, p. 861-877, et 950-969, oct. et nov. 1908.

H. CLAUDE et GOUGEROT. — Insuffisance pluriglandulaire endocrinienne. Individualisation clinique (deux mémoires). *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. X, n° 3, p. 469-480 et 505-518, 15 mai 1908.

Au total, si ce sujet ne présentait pas de caractères masculins, il ne possédait guère non plus de caractères féminins.

Cette morphologie particulière se rapproche plus, nous semble-t-il, de ce que Rummo et Ferranini ont décrit sous le nom de gérodermie génito-dystrophique, à cette différence près que la description de Rummo et Ferranini vise des troubles du développement qui sont congénitaux ou qui apparaissent dans l'enfance alors que chez notre sujet l'hypertrophie staturale ne s'est manifestée que vers l'âge de 24 ans, en même temps que sans doute les organes génitaux entraient en régression. C'est ce qui s'observe habituellement dans ces dystrophies glandulaires tardives.

M. H. CLAUDE. — Ce qu'il faut noter, c'est la poussée tardive de la taille du sujet. Il aurait été réformé parce que trop petit, à 20 ans, et c'est entre 21 et 25 ans qu'il aurait atteint la stature gigantesque que nous constatâmes.

Il faut noter, en effet, que le propre des syndromes glandulaires est d'apparaître par phases irrégulières suivant des alternatives d'hyper et d'hypoactivité de l'une ou de l'autre glande. Chez un individu porteur d'un syndrome d'hypertension intracranienne, on vit apparaître d'abord une phase d'hypersexualité se traduisant par une vie génitale intense, puis une phase de frigidity, puis une phase où le myxœdème s'installa. A l'autopsie, on constata que, sous l'influence de l'hypertension, son hypophyse s'était ratatinée.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire des séances,

Paul COURBON.

Séance du Lundi 22 Juin 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président
et M. MARCHAND, vice-président

Adoption des procès-verbaux des séances du 21 mai et du 28 mai.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} Roger ANGLADE, AUBRY et Pierre COMBE-MALE qui s'excusent de ne pouvoir assister régulièrement aux séances de la Société

des lettres de MM. les D^{rs} ABADIE, AMELINE, D. ANGLADE, AUBRY, Ch. BLONDEL, P. COMBE-MALE, CULLERRE, DESRUELLES, DIDE, EUZÈRE, GUICHARD, HALBERSTADT, J. HAMEL, LAGRIFFE, LAUZIER, J. LÉPINE, NAYRAC, M. OLIVIER, PASTUREL, POROT, RAYNEAU, ROBERT, ROUGEAN, Ach. SANTENOISE, VIEUX et WAHL qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires* ;

des lettres de MM. les D^{rs} Roger ANGLADE, ERNST, LABUCHELLE et PER-RUSSEL qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants* ;

des lettres de M. le Professeur Arturo DONAGGIO, doyen de la Faculté de Médecine de Modène, et de M. le Professeur WAGNER-JAUREGG, directeur honoraire de la Clinique psychiatrique de Vienne qui remercient la Société de les avoir élus *membres associés étrangers* ;

une lettre de M. le D^r LWOFF qui demande à la Société de lui conférer le titre de *membre honoraire*. M. le D^r LWOFF étant membre titulaire depuis plus de dix ans, il peut être fait droit à sa demande si la Société en décide ainsi :

à l'unanimité des membres présents, M. le D^r LWOFF est nommé *membre honoraire* de la Société ;

des lettres de M. le D^r Georges BOURGUIGNON, électro-radiologiste de la Salpêtrière, docteur ès sciences, et de M. le D^r VIGNAUD, médecin-directeur de la Maison de Santé de Vanves (Seine), qui posent leur candidature à l'une des 2 places de *membre titulaire* déclarées vacantes par la Société dans sa séance du 28 mai 1931. (Une *Commission*, composée de MM. G. de CLÉRAMBAULT, DUPOUY, GUIRAUD, RODIET

et TRUELLE est désignée pour l'examen de ces candidatures : l'élection aura lieu à la séance du lundi 27 juillet 1931) ;

Invitation de The Royal Medico-psychological Association

une invitation de *The Royal Medico-psychological Association of Great Britain*, transmise par S. Exc. l'Ambassadeur de Sa Majesté Britannique, et par laquelle cette Association invite cordialement la Société Médico-psychologique à désigner un ou plusieurs délégués pour la représenter à sa Réunion annuelle qui se tiendra à Dublin du 7 au 11 juillet 1931.

Réception de nouveaux membres associés étrangers

Sur leur demande, et conformément aux décisions prises lors de la fusion des Sociétés psychiatriques, sont nommés *membres associés étrangers* de la Société :

MM. Plinio OLINTO (de Rio-de-Janeiro), Casimir ORZÉCHOWSKI (de Varsovie) et A.-C. PACHECO e SILVA (de Juquery, Sao-Paulo).

Il est rappelé une dernière fois que le délai accordé aux membres associés étrangers des deux Sociétés dissoutes (Société Clinique de Médecine Mentale et Société de Psychiatrie de Paris) pour demander leur inscription sur la liste des membres associés étrangers de la Société médico-psychologique expirera le 30 juin 1931.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire

Sur la proposition du bureau, la Société déclare vacante une place de *membre titulaire* par suite de l'élection à l'honorariat de M. le D^r LWOFF. Les lettres de candidature devront être parvenues au Secrétaire général avant la séance du lundi 27 juillet 1931. L'élection aura lieu à la séance du lundi 26 octobre 1931.

Election de membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. LÉVY-VALENSI, au nom d'une Commission composée de MM. CLAUDE, FRIBOURG-BLANC et LÉVY-VALENSI, sur les titres de MM. ARTUR et Paul COSSA, candidats au titre de *membre correspondant* de la Société, il est procédé au vote.

Nombre de votants : 23.

Majorité absolue : 12.

Ont obtenu :

M. le D ^r ARTUR	23 voix
M. le D ^r Paul COSSA	23 —

MM. les Docteurs ARTUR et Paul COSSA sont élus *membres correspondants* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Poliocéphalite supérieure hémorragique de Wernicke. Syndrome inférieur du noyau rouge (type H. Claude) et syndrome de Parinaud. Xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, par M. G. PETIT.

Les syndromes de la calotte pédonculaire et, en particulier, les syndromes de la région du noyau rouge, ont fait l'objet, ces dernières années, d'observations pleines d'intérêt.

A côté du *syndrome supérieur du noyau rouge*, décrit par Foix (syndrome cérébello-thalamique, siégeant du côté opposé à la lésion et caractérisé, soit par des mouvements involontaires de type choréique ou parkinsonien, soit par un héli-tremblement du type sclérose en plaques, mais sans paralysie de la III^e paire), on décrit actuellement deux syndromes liés à des atteintes de la partie inférieure du noyau rouge :

1° le *syndrome inférieur du noyau rouge, type Bénédickt* (paralysie du III^e avec mouvements involontaires choréo-athétosiques, survenant au repos, du côté opposé) ;

2° le *syndrome inférieur du noyau rouge, type Henri Claude*, qui se traduit par une paralysie de la III^e paire d'un côté et par un syndrome cérébelleux du côté opposé, avec dysarthrie.

Bien que très amélioré, actuellement, le malade qui fait l'objet de notre communication présente encore un syndrome alterne de la calotte pédonculaire qui nous paraît correspondre à cette dernière description. Syndrome rare, puisque, depuis l'observation princeps de Henri Claude (Soc. de neurologie, 1^{er} février 1912), une quinzaine de cas seulement de ce syndrome ont, à notre connaissance, été publiés.

Comme dans les observations de Clovis Vincent et Dereux (Thèse de Paris, 1926), Claude Gauthier et Jean Lereboullet (Soc. de neurologie, 7 janvier 1927), Alajouanine et Thurel (*Revue neurol.*, février 1931), H. Roger et J. Piéri (*Gaz. des hôp.*, 8 avril 1931), au syndrome de Claude s'associe, chez notre malade, un syndrome de Parinaud : paralysie de l'élévation et de l'abaissement des globules oculaires, avec parésie de la convergence.

Enfin, au point de vue étiologique, l'*alcoolisme chronique* de

notre malade, qui semble avoir conditionné le processus hémorrhagique, traduit par la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, paraît rapprocher notre cas du syndrome décrit par Wernicke, sous la dénomination de *poliencéphalite supérieure hémorrhagique*, dont les observations constituent également des raretés.

OBSERVATION. — X., 59 ans, ancien ouvrier mécanicien, entre à la maison de santé le 12 mai 1931.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou collatéraux au point de vue neurologique ou vésanique. Une sœur, devenue aveugle à l'âge de 45 ans, serait décédée d'épistaxis irréductible.

Personnellement, le malade aurait été atteint de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 35 ans et souffrirait, depuis lors, de douleurs rhumatoïdes. Depuis l'âge de 20 ans, *alcoolisme chronique* : ingestion quotidienne de plusieurs apéritifs (absinthe ou succédanés, abus de vin, en particulier de vin blanc, aux repas et dans l'intervalle de ceux-ci).

Depuis une dizaine d'années (mais surtout depuis 1929, date à laquelle X abandonna sa profession et multiplia ses excès alcooliques), troubles de la mémoire (oublis, amnésie verbale), troubles de l'humeur et du caractère, somnolence post-prandiale habituelle, *vertiges* de plus en plus fréquents, avec parfois, ces derniers temps, chute à terre, sans perte de connaissance.

Ictus, le 1^{er} mai 1931, vers 19 heures. Le malade, au moment de se mettre à table, après avoir bu plusieurs apéritifs, accuse des fourmillements de la main droite, titube en arrière et s'affaisse. Perte de connaissance. On note un faciès vultueux, des grimaces au niveau de la joue gauche ?, du stertor, puis consécutivement, du ptosis de la paupière gauche, de la dysarthrie très accusée, de l'ataxie des membres du côté droit (mouvements souvent stéréotypés du membre supérieur droit que le malade passe avec maladresse devant son visage ; tentatives de se mettre debout et de marcher qui n'aboutissent qu'à des chutes répétées), du gâtisme urinaire, enfin un état confusionnel assez variable, avec alternance de propos incohérents et de réflexions judicieuses, d'agitation désordonnée (avec tentatives absurdes et répétées de fugues) et de somnolence, qui motive le placement à la maison de santé.

A son arrivée, — près de deux semaines après l'ictus, — nous constatons :

A. Un syndrome de *confusion mentale* avec désorientation complète dans l'espace et dans le temps (le malade dit se trouver tantôt dans une raffinerie, tantôt dans un restaurant, tantôt également dans une clinique ; l'année actuelle est 69 ou 79) ; troubles profonds de la mémoire d'évocation et de fixation, avec parfois fabulation complémentaire ; incohérence fréquente des propos ; inconscience de l'état pathologi-

que. Pas d'idées délirantes. Pas de troubles psycho-sensoriels, en particulier pas d'hallucinations.

Alternance d'*agitation désordonnée*, avec tentatives absurdes de fugues, et de *somnolence*.

B. Un *syndrome neurologique alterne de type pédonculaire* avec :

1° *Paralysie du moteur oculaire commun gauche* : ptosis complet, strabisme externe, limitation des mouvements du globe en dedans et immobilité en haut et en bas, pupille légèrement plus dilatée que la droite, non contractile, avec nystagmus latéral intermittent et rare.

2° *Syndrome cérébelleux du côté droit*. Ataxie énorme par dysmétrie, hypermétrie et asynergie, avec adiadococinésie, tout à fait caractéristiques. Au membre supérieur, épreuves classiques du verre, des bras tendus, de Holmes-Stewart, tout à fait positives. Au membre inférieur, impossibilité complète de la station debout avec chute vers la droite ; soutenu, le malade lance maladroitement la jambe en avant cependant que le tronc et la tête s'inclinent en arrière. Epreuves du talon et de la chaise positives.

Nous constatons concurremment qu'il n'existe *aucun signe de la série pyramidale* (pas d'exagération notable des réflexes tendineux, pas de clonus, signe de Babinski négatif, force musculaire égale des deux côtés) et *aucun trouble de la sensibilité* (douloureuse, tactile, thermique).

Nous notons également à ce moment :

de la *paralysie des mouvements d'élévation et d'abaissement de l'œil droit* (syndrome de Parinaud) ;

de la *parésie faciale*, dans le domaine du facial inférieur droit, avec néanmoins possibilité de siffler ;

de la *dysarthrie*, très accentuée : parole hésitante, un peu scandée, pâteuse ou bredouillée ;

des *troubles dysphagiques*, par parésie des muscles pharyngiens et du voile du palais ;

(nous n'avons jamais observé, chez notre malade, de rire ou de pleurer spasmodique) ;

de l'*incontinence du sphincter urinaire* ;

des signes d'*artério-sclérose* avec hypertension artérielle. Au Pachon-Gallavardin : 22-12. Indice : 9. Pouls variable avec tachycardie fréquente à 120 puis à 80.

Les examens suivants ont été pratiqués :

P. L. du 18 mai 1931 : *Xantochromie* nette du liquide céphalo-rachidien (teinte ambrée). Tension (Claude) : 43-30. Albumine : 0,60. Pandy : +. Benjoin : 00000.02010.00000. Elixir parégorique : 222. Wassermann négatif. Meinicke positif. Leucocytes : 4.

P. L. du 1^{er} juin 1931 : *Xantochromie* persistante. Teinte légèrement ambrée, encore appréciable quand on examine le liquide sous un certain volume. Tension (Claude) : 53-37. Albumine : 0,60. Pandy : +.

Benjoin : 00000.22222.00000. Elixir parégorique : 222. Wassermann négatif. Meinicke positif. Leucocytes : 4.

Sang : Wassermann négatif. Meinicke positif. Kahn : ++++.

Urée du sang : 0,65 le 18 mai, 0,45 le 3 juin.

Urine : albuminurie légère : 0 gr. 10 par litre ; pas de glycosurie.

Nous devons à l'obligeance du D^r Labarraque, de l'hôpital Henri-Rousselle, l'examen oto-rhino-laryngologique suivant en date du 18 juin 1931 : rhinite muco-purulente bilatérale. Parésie des muscles du voile du palais, du pharynx et de la glotte cartilagineuse (m. ary-aryténoïdien). Oreilles normales. Labyrinthe antérieur normal. Labyrinthe postérieur : nystagmus spontané inexistant. Nystagmus provoqué : épreuve galvanique : pas de réactions vertigineuses même avec 8 milliampères. Epreuve calorique : O. D. : réaction nystagmique augmentée ; O. G. : réaction diminuée ; pas de réaction de vertige, pas de déviation de l'index. Epreuve rotatoire semble indiquer une excitabilité plus marquée de l'oreille droite. Mais, d'une manière générale, les réactions sont sensiblement normales, indiquant cependant plutôt une hypoexcitabilité des labyrinthes en raison de l'absence totale de réactions, de vertiges et de nausées.

L'examen ophtalmologique, effectué à la même date, a permis de constater une paralysie parcellaire de la III^e paire gauche, avec ptosis et blépharospasme ; une paralysie de l'élévation et de l'abaissement du regard, avec parésie de la convergence, qui correspond au syndrome de Parinaud ; une diminution bilatérale de l'acuité visuelle de 0,7 ; une diplopie homonyme, avec images superposées, augmentant dans le regard en haut ; des réactions pupillaires à la lumière et à l'accommodation très paresseuses. Le fond d'œil paraît normal.

L'amélioration de cet état a été rapide, mais porte actuellement davantage sur le syndrome neurologique que sur le syndrome mental.

Bien que les *alternatives d'agitation désordonnée et de somnolence*, observées au cours des premières semaines, aient actuellement tout à fait disparu, le malade, qui se montre maintenant calme et docile, présente encore une obnubilation confusionnelle très accentuée, avec désorientation complète dans le temps et dans l'espace ; amnésie très marquée pour les faits anciens (il demandait récemment à sa famille des nouvelles de son père décédé il y a plus de vingt ans), aussi bien que pour les faits actuels, affectant même parfois le type de l'amnésie continue ; fabulation complémentaire fréquente ; troubles du jugement avec conscience imparfaite de son état pathologique et euphorie naïve.

En revanche, les troubles neurologiques se sont amendés considérablement. Si le syndrome de Parinaud est toujours très net, l'ophtalmoplégie de la III^e paire gauche ne se manifeste plus que de manière parcellaire par du ptosis, associé à du blépharospasme, du strabisme externe intermittent, de la paresse pupillaire et de la diplopie. Le syndrome cérébelleux droit, encore très accentué au niveau du membre supérieur (asynergie, dysmétrie, adiadococinésie) est beaucoup

moins marqué au membre inférieur. S'il existe encore une titubation intermittente, avec parfois tendance à la latéropulsion vers la droite, la marche est devenue possible, le malade élargissant sa base de sustentation en écartant les jambes. Le gâtisme urinaire a disparu. Les troubles de la déglutition et la dysarthrie même se sont atténués.

Notons, enfin, au point de vue du tonus musculaire, que les membres du côté droit présentaient, au moment de notre premier examen, les phénomènes d'hypotonie avec ballottement que l'on observe d'ordinaire dans les syndromes cérébelleux ; mais, au bout de quelques jours, s'est substituée à cette hypotonie une hypertonie très accentuée qui subsiste encore actuellement. En revanche, du côté gauche, il existe un certain degré assez net d'hypotonie.

En résumé, chez un sujet de 59 ans, artério-scléreux, albuminurique et coutumier d'excès alcooliques quasi-quotidiens depuis près de quarante ans, s'établit, à la suite d'un ictus, un syndrome psycho-organique caractérisé par de la confusion mentale associée à un syndrome alterne de la calotte pédonculaire qui nous paraît répondre aux descriptions du syndrome inférieur du noyau rouge, type Henri Claude. Le syndrome de Parinaud qui lui est associé, est en rapport, d'après Clovis Vincent, avec une lésion unilatérale de cette région de la commissure blanche postérieure qui se trouve un peu au-dessus des noyaux de la III^e paire.

Quant à la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, elle plaide en faveur d'un processus hémorragique, dont on sait la fréquence chez les alcooliques chroniques.

Nous avons cru pouvoir rattacher le tableau clinique présenté par notre malade à la poliencéphalite supérieure hémorragique de Wernicke. Certes, nous n'ignorons pas que le syndrome anatomo-clinique décrit par cet auteur n'est pas une entité morbide spéciale et qu'il peut se présenter au cours d'états morbides très divers, dans l'encéphalite épidémique, par exemple, comme l'a fait remarquer M. le professeur Claude. Néanmoins, il nous a paru que, dans notre cas, outre l'étiologie alcoolique incontestable, sur laquelle Wernicke insiste particulièrement, plaident en faveur de ce rapprochement nombre d'éléments séméiologiques signalés dans les observations antérieures classées sous cette étiquette et que nous retrouvons chez notre malade : vertiges précédant l'ictus, contractures ou hypertonie, ophtalmoplégies et paralysies associées, alternance de la somnolence et du délire, avec obnubilation intellectuelle, troubles des mouvements et de la démarche avec réflexes normaux et sensibilité intacte, dysarthrie,

troubles de la déglutition, parésie de la septième paire, modification du rythme cardiaque, amélioration rapide pouvant aller jusqu'à la guérison.

Rappelons, également, que la deuxième observation de syndrome du noyau rouge, type Henri Claude, a été publiée (*Revue neurol.*, avril 1915, p. 237), par Egas Moniz, de Lisbonne, sous la dénomination de poliencéphalite subaiguë hémorragique de Wernicke et que, comme dans notre cas, l'auteur a noté, chez son malade, de la xantochromie du liquide céphalo-rachidien.

M. HEUYER. — La xantochromie du liquide céphalo-rachidien est un indice d'hémorragie de la méninge. Mais pour expliquer les autres signes du syndrome, il faut qu'il y ait eu des lésions ailleurs que sur les méninges. Quant à l'entité décrite sous le nom de poliencéphalite hémorragique de Wernicke, beaucoup d'auteurs actuellement la considèrent comme de nature infectieuse, ou même comme ressortissant à l'encéphalite épидémique.

M. PÉRON. — Un ramollissement hémorragique de la calotte pédonculaire pourrait expliquer tout le syndrome. Les troubles mentaux surajoutés aux troubles neurologiques seraient dus à l'hypertension consécutive à une obstruction de l'aqueduc de Sylvius. La xantochromie aurait été la conséquence de la fusée de l'hémorragie dans les espaces sous-arachnoïdiens. De tels ramollissements de la calotte pédonculaire peuvent être très localisés. Avec M. Guillaïn, nous en avons observé un, très nettement limité à gauche.

M. PETIT. — Il se peut qu'une infection récente se soit surajoutée à l'étiologie éthylique de date ancienne. Le malade qui est un artérioscléreux eut à un moment de l'albuminurie, de l'hypertension et une augmentation de l'urée sanguine. En tous cas, l'atteinte neurologique fut très localisée, respectant le faisceau pyramidal et toutes les fibres sensitives. Les troubles mentaux ressortissent à la confusion mentale, mais nous n'avons pu déceler les hallucinations décrites par M. Lhermitte dans les lésions du pédoncule. Il est vrai que notre observation personnelle n'a débuté que deux semaines après l'ictus initial.

Psychopathie infectieuse polymorphe. Cataplexie, narcolepsie, danse du ventre, catatonie, épilepsie, etc. Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, par MM. G. PETIT et P. HUMBERT.

Le malade, qui fait l'objet de notre communication, présente, depuis près d'un an, un syndrome psycho-organique extrêmement complexe, polymorphe et variable, au cours duquel nous avons pu observer nombre de phénomènes psycho-moteurs assez curieux ou assez rares qu'il nous a paru intéressant de rapporter.

OBSERVATION. — T., 38 ans, manœuvre, israélite polonais, vivant en France depuis 4 ans.

Pas d'aliénés dans la famille. Marié. Trois enfants bien portants.

A l'âge de 6 ans, T. aurait présenté, *à la suite d'un épisode fébrile*, un état délirant qui se serait prolongé pendant plusieurs mois, mais aurait guéri sans séquelles appréciables.

Avant la maladie actuelle, T. était représenté par son entourage comme un excellent travailleur, affectueux, d'humeur égale et ne se livrant à aucun excès alcoolique.

En décembre 1929, *angine fébrile* d'apparence banale, mais après laquelle T., bien que continuant à travailler, accuse de l'*asthénie* très marquée et un *état coenesthésique pénible* pour lequel il va consulter à diverses reprises le médecin.

En juillet 1930, l'*asthénie* devient plus profonde ; le malade éprouve, *au niveau des membres inférieurs et de la région lombaire*, des sensations douloureuses qui s'accompagnent de « *tiraillements* » pénibles et de *secousses musculaires*. Le sommeil devient irrégulier, puis disparaît, cependant que s'établit un état d'*anxiété*, avec paroxysmes nocturnes durant lesquels le malade se cramponne à sa femme et la supplie de rester auprès de lui « parce qu'il a peur ». Bientôt l'anxiété — (entrecoupée cependant fréquemment de retours complets à l'état normal, durant lesquels le malade paraît tout à fait guéri) — se polarise sur des thèmes précis : il se croit suivi dans les couloirs du métro et refuse brusquement de pénétrer dans l'ascenseur, il interprète dans un sens hostile les gestes et les propos de ses compagnons de travail avec lesquels il a des discussions, il se plaint qu'il est intoxiqué, accuse les voisins d'empoisonner ses aliments, etc.

Dans la nuit du 29 au 30 juillet 1930, une crise anxieuse, accompagnée de lamentations, puis de vociférations, de désordre des actes avec menaces de briser les meubles, de fugue dans la rue, etc., provoque un tel scandale dans sa maison que les voisins alarmés préviennent la police et que le malade est placé d'office le 31 juillet 1930.

Voici quelques extraits des certificats établis à propos du malade depuis cette date :

31 juillet 1930. — Psychose atypique vraisemblablement à double forme. Présentation contradictoire : tonus, fermeté dans l'attitude, placidité muette, objectivité, attention suivie ; d'autre part, propos de teneur dépressive, ton geignard, doléances, idées de mort prochaine, crainte d'être battu, empoisonné, etc. Depuis quelques jours, excitabilité avec prolixité inhabituelle, phases d'agitation, menaces à l'entourage, efforts pour briser les meubles ; maintenu avec peine, a dû être ligotté. Pouls : 84. R. O.-C. : 100-92.

1^{er} août 1930. — Délire mélancolique. Idées de négation. Attitudes et mimique discordantes. Excitation. Insomnie.

2 août 1930. — Dépression anxieuse. Plaintes, gémissements, attitude effrayée et inquiète.

17 août 1930. — Déséquilibre mental avec alternatives d'excitation et de dépression. Période d'agitation depuis l'entrée.

6 octobre 1930. — Obnubilation, dépression, sitiophobie, avec périodes d'agitation.

17 novembre 1930. — Psychose maniaque dépressive.

A son entrée à la maison de santé, le 24 novembre 1930, le malade présente un *syndrome catatonique* typique : inertie motrice avec mutisme absolu et sitiophobie, conservation des attitudes, regard fixe, sialorrhée abondante (le malade a les joues gonflées par la salive qu'il rejette parfois en jet sur ses draps), respiration superficielle et irrégulière, pouls hypotendu à 70, mydriase avec anisocorie, $D > G$. Amaigrissement avec pâleur de la face et état physique précaire. Incontinence des sphincters avec escharres sacrées et fessières. On note une hypertonie notable des membres supérieurs et une *abolition presque complète des réflexes patellaire et achilléen gauches*.

Le lendemain 25 novembre, nous constatons, alternant avec les périodes de *stupeur catatonique muette*, des périodes d'*anxiété* avec agitation motrice un peu théâtrale (le malade se roule à terre en gémissant) et des périodes plus calmes durant lesquelles T. obéit aux ordres, marche seul pour se rendre au bain et consent à s'alimenter paisiblement.

Le 26 novembre, au matin, le malade, qui n'a pas bougé pendant la nuit, est trouvé dans son lit, couché sur le ventre, immobile, la face pâle, les yeux clos, la bouche humide d'une salive sanguinolente. Aucun mouvement convulsif n'est constaté. Au contraire, on note une *résolution musculaire* complète et généralisée, qui persiste pendant environ un quart d'heure. Puis le malade se met, sans mot dire, à gesticuler, se jetant d'une façon désordonnée entre le lit et la muraille ou s'enroulant la tête dans les draps comme s'il cherchait à s'étouffer : le faciès est anxieux, la respiration est irrégulière avec de longues périodes d'apnée. On fait une injection d'adrénaline qui paraît arrêter la crise ; le reste de la journée, le malade demeure calme, muet et immobile.

Les jours suivants, mêmes alternatives de stupeur catatonique, d'anxiété avec *crises d'agitation théâtrales (d'apparence hystérique)*, ou de calme relatif, avec semi-mutisme. L'anxiété s'accompagne souvent d'excitation génitale avec masturbation. D'autres fois, le malade semble ébaucher des *tentatives de suicide*, en se précipitant de son lit sur le parquet, en se frappant la tête contre les murs ou en essayant de l'enfouir entre ses matelas. On remarque que *la sialorrhée est très abondante pendant les périodes d'agitation et qu'elle s'atténue ou cesse même complètement pendant les intervalles de calme*.

A plusieurs reprises, on constate, au niveau de l'abdomen, des *secousses myocloniques*, tantôt rythmiques mais plus souvent irrégulières, qui affectent les muscles grands droits (avec, en général, prédominance unilatérale) et qui projettent brusquement l'abdomen en avant, pendant que le tronc et le bassin esquissent un mouvement de rotation et de torsion latérale qui rappelle singulièrement l'exercice des bayadères orientales connu sous la dénomination de « *danse du ventre* ».

On note également, pendant deux journées, succédant à une période de stupeur muette, des périodes de plusieurs heures d'excitation, durant lesquelles le malade *chante* à tue-tête en répétant souvent, d'une façon stéréotypée, la même phrase ou le même motif.

D'ordinaire, le malade reste muet; on remarque qu'à plusieurs reprises, lors des visites de sa femme, il abandonne parfois son mutisme et son inertie pour parler avec volubilité, demander des nouvelles de ses enfants et exprimer le désir de rentrer chez lui. D'autres fois, cependant, il conserve un mutisme incoercible, mais il écrit alors qu'il lui est impossible de parler et prie qu'on le laisse tranquille.

Une première *ponction lombaire*, effectuée le 28 novembre 1930, donne les résultats suivants : tension (Claude) : 31-17. Leuco : 0. Albumine : 0,80. Il existe donc une *dissociation albumino-cytologique* nette. Pandy +. Weichbrodt : 0 Benjoin : 00000.01222.20000. Elixir parégorique : 001. Wassermann et Meinicke : négatifs.

Dans le *sang*, les réactions de Wassermann, de Meinicke et de Kahn se montrent également tout à fait négatives.

Urine : ni sucre ni albumine.

Au cours des mois de *décembre 1930*, janvier et février 1931, et sous l'influence, semble-t-il, du traitement institué, nous notons une *amélioration parallèle de l'état physique et de l'état mental*. Les escharres fessières s'assèchent et se cicatrisent, le malade consent à s'alimenter seul et régulièrement, devient propre, cependant que l'agitation anxieuse se montre moins fréquente et moins accentuée et que les crises psycho-motrices disparaissent. A la fin de février 1931, le malade est redevenu lucide, parle volontiers, s'inquiétant de la situation de sa femme et de ses enfants ; il lit les journaux et s'occupe au ménage avec les infirmiers.

Mais vers le début de mars, l'anxiété réapparaît, accompagnée de mydriase, de sialorrhée, de ralentissement psychique et moteur. Le malade cesse de travailler et s'isole, craintif et taciturne. Il recommence à s'alimenter irrégulièrement. A plusieurs reprises, à cette époque, on signale que, parfois, il s'affale brusquement à terre et reste quelques secondes prostré sur le sol, en résolution musculaire complète. Ces crises de cataplexie paraissent coïncider avec l'état anxieux.

Le 18 mars, au cours d'un de ces paroxysmes, survenu peu avant le repas du soir, T. s'affale brusquement sur le parquet. Mais on note, cette fois, qu'il présente, pendant quelques secondes, des *contractions de la face « analogues à celles des épileptiques »*, qu'il se relève seul, craintif et hébété et que, conduit à table, il ne s'alimente pas et demeure somnolent sur sa chaise. A 18 heures, cette crise de narcolepsie avait cessé et T. se montrait de nouveau anxieux et résistant. Pendant cette période, on observe également, outre des crises fréquentes de larmes, plusieurs crises de *rire explosif* immotivé.

Une deuxième ponction lombaire, pratiquée le 23 mars 1931, donne des résultats à peu près analogues à ceux de la précédente. Tension (Claude) : 29-9. *Même dissociation albumino-cytologique* : Albumine : 0,90. Leucocytes : 0,4. Pandy et Weichbrodt positifs. Benjoin : 00000.22222.12000. Elixir parégorique, Wassermann et Kahn toujours négatifs.

Cette nouvelle période d'anxiété, avec manifestations psychomotrices singulières, affecte une intensité et une durée moins considérables que la précédente et, au bout de deux mois, au début de mai, le malade redevient plus calme, recommence à s'alimenter et à parler. Il reste néanmoins triste, taciturne, bradypsychique et bradycinétique, avec une mydriase très accentuée, une *marche irrégulière*, parfois *chancelante et festonnée*, avec hypertonie et diminution très marquée des *mouvements automatiques des membres supérieurs* pendant la marche, surtout à gauche où l'on note le *signe de la crémaillère*. On remarque également : de l'élévation de l'épaule gauche, associée à une inclinaison de la tête du même côté, qui donne au malade l'attitude du *torticolis* ; une diminution de la force musculaire de la *main gauche* avec *cyanose*, refroidissement et *attitude en flexion habituelle des doigts*. Les réflexes patellaires et achilléens sont vifs, surtout à gauche où nous les avons notés presque abolis, lors de l'entrée. Les réflexes antibrachiaux sont également plus vifs à gauche. Les réflexes abdominaux, exagérés et vifs à gauche, se montrent variables à droite. Les réflexes plantaires sont peu marqués des deux côtés.

Nous notons également un *tremblement* variable et intermittent des extrémités, avec instabilité et mouvements brusques de latéralité des doigts, de la pâleur de la face avec parfois un *léger subictère*, du refroidissement et de la cyanose fréquente des extrémités.

Enfin un examen ophtalmologique récent a permis de déceler de la

pâleur des papilles et des signes de scléro-choroïdite attribuée à une myopie avec astigmatisme.

Devant un syndrome psycho-organique aussi complexe et aussi riche en symptômes et en syndromes divers, si variés et si variables, entrecoupé sans cesse de rémissions et de réactivations multiples, on comprend qu'il est difficile de porter un diagnostic précis emprunté à la terminologie psychiatrique classique. Le terme de *polymorphe* serait sans doute celui qui lui conviendrait le mieux, en ajoutant, cependant, que la note dominante est surtout fournie par l'*anxiété* et les *crises psycho-motrices*. C'est à propos de ces crises psycho-motrices que nous voudrions ajouter quelques mots.

Nous avons pu relever chez notre malade :

a) des périodes ou des crises de *catatonie classique*, sur lesquelles nous n'insisterons pas, en rappelant seulement que la catatonie n'est nullement pathognomonique de la seule démence précoce, qu'elle peut se manifester au cours de multiples entités, affectant même parfois la forme périodique, ainsi que H. Claude et H. Baruk en ont rapporté des exemples (*Encéphale*, mai 1928), dans un travail où ils indiquent ses rapports avec le sommeil pathologique, la catalepsie et l'hystérie. Notre cas présente maintes analogies avec certaines de leurs observations et pourrait servir d'illustration aux considérations si suggestives qu'ils développent à ce propos;

b) des *crises de cataplexie* — que, malheureusement, nous n'avons pu observer directement nous-mêmes (une seule observation médicale de cataplexie, due à Wilson et Critchley, existe dans la littérature) — mais qui nous paraissent incontestables, d'après les descriptions qui nous en ont été faites par le personnel infirmier, qui les a remarquées spontanément. Cette inhibition brusque du tonus d'attitude, avec effondrement en résolution musculaire subite, est, d'ailleurs, suffisamment dramatique pour éveiller l'attention de l'observateur le moins prévenu. Lhermitte et Dupont ont signalé (*Encéphale*, mai 1928, p. 430-431), les rapports de la cataplexie avec l'anxiété, si fréquente chez notre malade. Dans leur beau rapport sur le sommeil normal et pathologique (*Revue neurologique*, juin 1927), Lhermitte et Tournay ont rapproché la cataplexie de l'endormissement physiologique et de la narcolepsie. Et, précisément, notre malade semble bien avoir présenté une *crise narcoleptique* d'assez longue durée après son attaque vespérale du 18 mars 1931;

c) cette dernière attaque, de même que l'attaque psychomotrice observée au réveil, le 26 novembre 1930, doivent-elles être rattachées à la cataplexie ou à l'épilepsie ? Lhermitte et Tournay (*loc. cit.*) avouent que la différenciation est fréquemment bien moins qu'aisée, d'autant que Fischer admet que la cataplexie peut s'accompagner, comme dans notre cas, de déformation des traits du visage ou de crampes des muscles faciaux ou palpébraux. Si l'on note, en outre, que le phénomène du *rire explosif paroxystique*, d'Oppenheim, présenté parfois par notre malade, est rangé par certains auteurs parmi les manifestations du mal comitial, on conviendra que demeure bien délicat le diagnostic nosologique des manifestations si variées, observées chez notre malade, qui semble avoir présenté, curieusement associés ou intriqués, des symptômes psychomoteurs que l'on peut rapporter à la catatonie, à la cataplexie, à l'hystérie, à la cataplexie, à la narcolepsie et peut-être même, à l'épilepsie;

d) le phénomène de la danse du ventre, que nous avons observé nous-mêmes chez notre malade, ne nous paraît pas, à notre connaissance, avoir été déjà signalé. Association de contractions rythmiques ou arythmiques des muscles abdominaux et d'une sorte de spasme de torsion des muscles du bassin, son mécanisme est vraisemblablement aussi obscur que celui des myoclonies et des spasmes. Nous en observons actuellement un autre bel exemple chez un jeune étudiant en médecine qui présente, également, — sous l'étiquette d'un syndrome hébéphréno-catatonique, — une richesse extraordinaire de signes psycho-organiques extrêmement variables et polymorphes ; comme nous l'a fait remarquer le malade lui-même, ce phénomène s'associe parfois chez lui à des crises de hoquet assez prolongé. Nous avons déjà rencontré ce phénomène chez deux malades femmes, qui présentaient également des syndromes psychopathiques et psychomoteurs très polymorphes, dont le déterminisme devait être attribué, à notre avis, à des perturbations organiques sous-corticales ou encéphalo-myélitiques dues à ces infections neurotropes, à ces ultra-virus dont le type classique semble réalisé par l'encéphalo-myélite, dite épidémique. S'agit-il, dans notre cas, de cette dernière entité — en faveur de laquelle plaiderait, d'ailleurs, l'existence de l'hémi-syndrome parkinsonien gauche constaté chez notre malade ? S'agit-il d'une autre infection neurotrope, telle que celles décrites actuellement sous les dénominations de sclérose en plaques aiguë ou d'encéphalomyélite disséminée — lesquelles présentent, d'ail-

leurs, tant de liens de parenté clinique et tant de formes de passage avec les névrites épidémiques ? Peut-on admettre, comme M. Marchand en a proposé des exemples, que la même infection neurotrope de l'enfance, constatée à 6 ans, se soit tardivement réactivée et ait provoqué, au bout de 32 ans, le syndrome psycho-organique actuel ? S'agit-il plutôt, sur un terrain particulièrement fragile au point de vue nerveux, d'une association complexe de divers ultra-virus neurotropes à réactivations intermittentes ? En l'absence de tout test biologique ou de tout syndrome pathognomonique permettant d'assurer de tels diagnostics, le problème nous paraît demeurer sans réponse précise. Mais c'est dans ce sens, néanmoins, que nous aurions tendance à orienter notre diagnostic étiologique. Cliniquement, en effet, notre observation est tout à fait superposable à maintes observations publiées, depuis 1920, par l'un de nous et ayant trait aux manifestations mentales et psycho-organiques de l'infection par le virus encéphalitique. Nous y retrouvons le polymorphisme et la variabilité des symptômes et des syndromes, la fréquence et la singularité des manifestations psycho-motrices, les rémissions, intermissions et réactivations si habituelles observées au cours de l'évolution d'un processus pathologique, d'ailleurs le plus souvent chronique, les réveils de la lucidité et de la conscience aux périodes les plus lointaines de l'affection, etc.

Cliniquement, l'observation de notre malade s'apparente donc aux tableaux donnés par ces infections neurotropes à évolution chronique, entrecoupée si souvent de rémissions et de réactivations. Quoi qu'il en soit, il ne saurait s'agir, dans ce cas, d'une psychose « *sine materia* », mais d'une psychopathie à substratum organique ; la constatation de la dissociation albumino-cytologique, qu'il n'est pas rare d'observer dans ces infections par ultra-virus neurotropes (cas de Chauffard et Mlle Bernard, de Jeanselme, de Claisse, de Guillain, d'Euzière, Pagès, Vialleton et Lonjon, etc), plaiderait, d'ailleurs, au surplus, en faveur de cette étiologie.

M. HEUYER. — L'hyperglycorachie existe dans d'autres maladies que l'encéphalite, mais elle existe toujours dans celle-ci. Le syndrome catatonique complet (conservation des attitudes, opposition, stéréotypies, suggestibilité) peut survenir et guérir, dans certaines psychoses confusionnelles, comme celles qui sont l'objet de la thèse de mon ancien interne Garand. C'est une preuve de la curabilité des psychoses encéphalitiques, affirmée par notre collègue Marchand. Dans ces psychoses, il s'agit d'encéphalites indis-

cutables, comme le prouvent les signes physiques concomitants. Quelquefois, la tachycardie, sans élévation parallèle de la température est le seul signe physique que l'on constate.

M. PETIT. — L'hyperglycorachie n'a absolument rien de pathognomonique et se rencontre dans les états psychopathiques les plus variés. La maladie a évolué par poussées et régressions portant sur l'état mental (retour de la lucidité et d'une affectivité normale) et sur l'état physique (disparition des escarres, du gâtisme). En mars, réapparurent l'anxiété, la cataplexie et les autres signes. Actuellement, on constate une nouvelle amélioration. Mais il faut toujours se méfier des réactivations tardives de ces agents infectieux non identifiés et qui appartiennent probablement au groupe des ultravirus neurotropes dont nous avons publié avec M. Marchand, depuis 1920, de nombreux exemples.

Syndrome strié avec démence affective chez une paralytique générale humoralement guérie par la malariathérapie, par MM. H. MIGNON, M. LEULIER et J. PICARD.

Les syndromes neuro-psychiques atypiques survenant dans la paralysie générale depuis l'application de la malariathérapie, ont pris en clinique, dans ces dernières années, un intérêt de plus en plus grand, car ils nous apportent quelques lumières en quelque sorte expérimentales sur des processus mentaux différents de la paralysie générale elle-même. C'est à ce titre que nous croyons devoir rapporter à la société le cas suivant :

Mlle Marthe D..., 52 ans, sans profession, nous a été adressée par son médecin habituel le 2 juin 1930. Notre diagnostic s'est tout de suite orienté vers celui d'une paralysie générale à forme expansive. La malade présentait un état d'affaiblissement intellectuel marqué portant surtout sur le jugement et les associations d'idées avec perte de l'auto-critique, inconscience totale de sa situation, euphorie typique, suggestibilité. Délire mégalomaniacal intense, la malade vous invitant quotidiennement à son mariage avec un très grand prince ou au banquet qui allait lui être offert pour fêter sa propre Légion d'honneur. Simultanément idées de richesse et de puissance. Toutefois l'orientation spatiale restait relativement intacte, la désorientation dans le temps étant beaucoup plus accusée. Son excitation psychique s'accompagnait de bavardages dont l'incohérence paraissait encore accentuée par une dysarthrie spontanée considérable, Marthe achopant à tous les mots les plus simples. On constatait en outre un signe d'Argyll-Robertson bilatéral complet avec inégalité pupillaire et

conservation des réflexes accommodateurs, un tremblement fin et intense des doigts rendant l'écriture illisible, une hyperréflexivité tendineuse.

La malade avait contracté la syphilis sept ans auparavant, soit en 1923, et semblait s'être fait soigner d'une façon sérieuse, sans que nous ayons pu obtenir de renseignements précis sur des traitements pratiqués à l'insu des siens. Une prise de sang faite par son médecin un mois avant son entrée avait donné un B.-W. partiellement positif et un Hecht positif ; à son entrée le B.-W. refait à nouveau s'est montré positif (indice 3). — Une ponction lombaire aussitôt pratiquée nous a fourni les renseignements suivants :

Tension du liquide céphalo-rachidien au manomètre de Claude : 8 en position assise, 0 en position couchée ; liquide eau de roche.

Réaction de B.-W. : indice 4.

Benjoin colloïdal : 22221.22210.00000.

Examen cytologique : 19 éléments cellulaires par mm³, dont 95 0/0 de lympho., 5 0/0 de poly.

Albumine : 0 gr. 96 par litre.

Examen bactériologique : négatif.

Ajoutons que l'urée sanguine était de 0 gr. 29 ; le taux du cholestérol de 1 gr. 92 et que les urines très légèrement albumineuses révélaient un rapport $\frac{AT}{V}$ augmenté (augmentation des coefficients d'acidose).

En présence de ces résultats, l'impaludation de Marthe est pratiquée par l'un de nous le 21 juin 1930, dans le service de M. le professeur Claude. — Apparition des accès fébriles dès le 2 juillet. On laisse évoluer treize accès de forte intensité sans hépato ni splénomégalie inquiétantes, accès qui furent bien supportés au début. Vers le 10^e accès, poussée de furonculose qui durera une semaine et s'accompagnera même d'un volumineux anthrax de la région fessière droite. L'ouverture de l'anthrax et les prises de quinine font cesser la fièvre, mais à ce moment Marthe présente un état général assez mauvais avec gros amaigrissement et anorexie rebelle. On commence une série d'injections de sulfarsénol intramusculaire, mais l'on doit se borner à ne point dépasser 0 gr. 30 par injection en raison de petites poussées fébriles à 38° environ dès que l'on augmente la dose. Au total, neuf grammes de sulfarsénol qui contribuent puissamment à remonter son état général.

Avant la fin de cette série, la malade est déjà nettement améliorée : on assiste à un retour de l'auto-critique ; quelques souvenirs de la période mégalomaniacale persistent : Marthe ne s'explique point les idées de grandeur qu'elle a pu avoir et admet qu'elle était complètement folle (*sic*). — Ses souvenirs, son orientation sont parfaits. Elle manifeste le désir de rentrer chez elle, s'inquiète des frais qu'elle cause à ses parents, témoigne vis-à-vis d'eux d'une affectivité absolu-

ment normale. Seul l'inquiète un fait nouveau, à savoir des hallucinations uniquement auditives commençant par des bourdonnements d'oreille, hallucinations surtout nocturnes avec voix caractérisées lui tenant des propos qu'elle juge elle-même absurdes, mais qui la mettent dans un état de perplexité pénible. Au bout de deux semaines, tout rentre dans l'ordre. Au point de vue neurologique le tremblement a presque disparu, rendant à l'écriture son aspect normal ; la dysarthrie également, même aux mots d'épreuve. Les pupilles encore paresseuses réagissent à la lumière ; les réflexes sont moins vifs. — La T. A. qui était de 10/6 1/2 à son entrée (au Vaquez-Laubry) est remontée à 14/9. — Le poids qui était de 44 kg. avant l'impaludation est remonté à 48 kg.

Une nouvelle ponction lombaire est pratiquée avant son retour chez elle le 24 septembre. La tension est remontée à 25 en position couchée (12 après 10 cc³). Les divers examens montrent :

Réaction de B.-W. encore positive (indice 2).

Benjoin Colloïdal : 12222.22100.00000.

Pandy, Weichbrodt, Elixir parégorique négatifs.

Albumine : 0 gr. 49.

Lymphocytes : 2,6 par mm³.

Nous la suivons régulièrement durant son séjour chez elle. Tout semble être rentré dans l'ordre et se passer normalement. Pas de manifestations psychiques anormales, activité sans doute encore réduite mais plus par précaution que par nécessité ; Marthe s'occupe de son intérieur et s'y intéresse, ne se trompe pas dans ses calculs ; ses sentiments pour les siens sont normaux, son humeur égale. Elle sort chaque jour sans incidents. Durant tout ce temps elle est soumise à des injections bismuthiques régulières sous la forme de Quinby à raison de deux injections par semaine. Les signes neurologiques s'amendent tout à fait et disparaissent. Sans les anamnestiques, rien ne permettrait plus de porter le diagnostic de Paralyse Générale.

A partir de janvier dernier néanmoins, Marthe change. Elle perd toute initiative, ne fait plus sa toilette elle-même, mange moins, se désintéresse de tout, reste des heures sans rien faire dans un coin, se cloître, devient de plus en plus inaffective, est opposante à tout ce qu'on lui propose, s'emporte parfois. Ses propos pauvres et stéréotypés sont puérils. Nous la réexaminons à ce moment et notons une accentuation de l'affaiblissement intellectuel, de la dysmnésie d'évocation, de la persévération dans les propos à type palilalique (la malade répétant indéfiniment des phrases puériles et inadaptées) ; une improductivité mentale à peu près absolue, de l'indifférence émotionnelle et affective. Au point de vue neurologique plus de dysarthrie, ni de signe d'Argyll ; l'écriture n'est plus tremblée mais, ce qui frappe c'est l'apparition presque continue de secousses myocloniques et épileptiformes des deux membres supérieurs avec mou-

vements choréo-athétosiques légers, de l'hypertonie bilatérale des deux membres supérieurs avec présence d'une roue dentée incontestable. Les secousses musculaires semblaient persister durant le sommeil. En outre les mouvements volontaires extrêmement ralentis ou précipités s'accompagnaient d'une légère dysmétrie. Pas de signe de Babinski ; réflexes tendineux vifs sans clonus. Pas d'ictus, d'absences ni de vertiges, pas d'épisode infectieux concomitant.

Au point de vue général la malade très amaigrie ne pèse que 43 kg. et la tension artérielle est revenue à 11/7. On pratique une nouvelle prise de sang : Wassermann négatif. La ponction lombaire, le 27 mars 1931 donne :

Tension (position couchée) : 30.

Tension après 10 cm³ : 14.

Wassermann : négatif.

Benjoin : 00000.00000.00000.

Pandy, Weichbrodt, Elixir parégorique : négatifs.

Albumine : 0 gr. 42.

Glucose : 0 gr. 66.

Lymphocytes : 0,9 par mm³.

Nous nous voyons alors dans l'obligation de l'interner à la maison de santé de Ville-Evrard dans le service du D^r Petit qui pourra vous confirmer que cet état n'a fait que s'amplifier, les réactions humérales restant négatives et la légère hyperalbuminose elle-même ayant à son tour cédé.

Il est curieux de constater, après la malariathérapie, la disparition complète de tous les symptômes de paralysie générale et leur remplacement par un syndrome strié s'accompagnant d'un état mental voisin de celui de la démence précoce.

Nous voudrions insister d'abord sur la disparition de tous les symptômes neurologiques antérieurement présentés en même temps que s'amendaient les réactions humérales du sang et du liquide céphalo-rachidien. Lors d'une discussion récente, MM. Claude et Marchand (1), se basant sur le fait qu'un centre détruit ne se répare pas insistaient sur la persistance absolue du signe d'Argyll, malgré tous les traitements, et M. de Fursac dans son Manuel partage la même opinion. Nous avons constaté soigneusement le fait comme plusieurs autres auteurs et nous pensons en la circonstance, qu'une lésion inflammatoire est susceptible en régressant de permettre un retour de la fonction. Dans notre cas, la régression parallèle et certaine du tremblement et de la dysarthrie, nous encourage dans cette opinion.

(1) Séance du 12 mars 1931.

Il est de plus sans doute exceptionnel de rencontrer dans un si bref laps de temps une guérison humorale aussi totale. Ce fait vient à l'appui de l'opinion récemment émise qui voudrait qu'il puisse exister des paralysies générales sans réactions humorales positives du sang et du liquide céphalo-rachidien et qu'en tout cas l'on ne puisse baser le pronostic de la paralysie générale sur la formule humorale (1).

Car, malgré le syndrome atypique présenté par elle, nous continuons à considérer actuellement notre malade comme une paralysie générale. Aucun élément infectieux surajouté, aucun épisode fébrile spontané n'a été décelable ni cliniquement, ni par les examens de laboratoire. Il n'y a pas eu dans son passé de poussée encéphalitique antérieure qui aurait pu se réveiller. La poussée de furunculose constatée après l'impaludation, l'impaludation elle-même ne nous semblent pas devoir être retenues. Nous serions plutôt tentés d'admettre qu'il y a eu simplement modification de la nature des lésions, différents auteurs ayant constaté la formation de gommies miliaires après la malariathérapie. Dans d'autres cas, spontanément, la paralysie générale revêt la forme d'encéphalite scléreuse atrophique et avec son maître, le Dr Marchand, l'un de nous a déjà pu rapporter des formes localisées de la paralysie générale, avec symptômes de lésions en foyer (2).

Pour ce qui est de la localisation sur les noyaux gris centraux, elle a déjà été étudiée tant au point de vue clinique qu'anatomique. De nombreux auteurs, en particulier Alzheimer et C. et O. Vogt ont rapporté des cas de mouvements choréo-athétosiques de lésions striées dans la paralysie générale. Reprenant tout récemment la question, M. Waldemiro Pires (3) rapportait de nouveaux documents sur ce sujet dans la *Revue Neurologique*.

Mais il est intéressant ici de constater la transformation d'une paralysie générale à forme expansive en un syndrome exclusivement strié avec troubles affectifs profonds, d'allure schizophrénique.

(1) R. DUPOUY et H. PICHARD. — *Paralysie générale sans réactions humorales*. Société de psychiatrie, Séance du 18 déc. 1930.

(2) L. MARCHAND et J. PICARD. — *L'atrophie cérébrale dans la paralysie générale. Les dépressions corticales en cupule*. Société anatomique. Séance du 5 juillet 1928.

(3) M. WALDEMIRO PIRES. — *Paralysie générale striée*. *Revue neurologique*, nov. 1930.

Encéphalopathie survenant après une pyclonéphrite. Episodes neuro-psychiatriques successifs de localisation frontale et cérébelleuse. Syndrome de psychose hallucinatoire. Guérison (*présentation de malade*), par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre-KAHN.

La malade que nous présentons à la Société, nous a paru particulièrement intéressante à deux points de vue :

- 1° par l'origine probable de son encéphalopathie ;
- 2° par le polymorphisme de son évolution.

OBSERVATION. — Jeanne B..., institutrice âgée de 38 ans. Entre à la Pitié dans le service de Clovis Vincent le 22 mars 1931. Très agitée est passée dès le lendemain au Pavillon Quentin où l'un de nous l'examine et la suit.

L'aspect général est précaire. Amaigrissement. Ictère, langue sèche et saburrale, agitation. Désordre des actes, anxiété. Temp. : 37, 5-37, 6. La malade ne peut se tenir debout. Elle titube et tombe.

A. H. Père mort d'une maladie du foie à 56 ans. Mère morte d'embolie due à une phlébite à 72 ans. Un frère bien portant âgé de 51 ans.

A. P. Régée à 11 ans. Rougeole au même âge. Se destine à l'enseignement. Entre à l'Ecole Normale de Chartres à 18 ans. Crise légère d'appendicite. Anémie consécutive.

Est institutrice dans un bourg d'Eure-et-Loir. En 1925, grippe. Fatigue et anémie en 1926. Avait perdu sa mère. Chagrin, dépression ayant persisté depuis cette date. Embonpoint. Troubles endocriniens : dysménorrhée, aménorrhée. Amaigrissement considérable en janvier 1930 où apparaissent les premiers symptômes de pyélonéphrite : Vomissements, céphalée, fièvre avec polyurie et pyurie. Est malade jusqu'en juin 1930, époque à laquelle elle reprend son poste d'institutrice. Se sent faible, déprimée. Continuation de l'amaigrissement.

En décembre 1930, augmentation de la fatigue, apparition de l'ictère, insomnie, céphalée. Surviennent à ce moment d'une part des vomissements spéciaux, à type cérébral, d'autre part des symptômes d'ordre psychiatrique. Les vomissements sont en fusée, sans effort, soit après le repos, soit dans leur intervalle, que la malade soit debout ou assise. En outre ils sont accompagnés de vertiges obligeant la malade à s'étendre.

Symptômes psychiatriques. — A. Dépression psychique avec idées obsédantes de ne pas être à la hauteur de sa tâche, de ne pas faire convenablement son cours.

B. Idées délirantes à base d'interprétation : elle croit observer que certains parents d'élèves s'efforcent de circonvenir contre elle les autres parents.

C. Gros troubles de la mémoire et de la capacité intellectuelle :

Elle fait des fautes grossières d'orthographe, rature les actes d'état-civil, ne sait plus rendre la monnaie.

Ces troubles ont débuté en novembre 1930. Sommeil agité, avec cauchemars. Mauvais état général.

Le Dr Rabourdin la soigne.

Au début de mars 1931, surviennent deux *crises épileptiformes* avec morsure de la langue. Signe de Babinski à gauche.

Lymph. 0.

Ponction lombaire : Wass. négatif.

Alb. 0,22.

On l'envoie consulter le Dr Félix Rose qui pense à une tumeur probable du lobe frontal, et note une exagération des réflexes tendineux, et une parole lente et hésitante. Pas de stase papillaire cependant.

Pas d'albuminurie malgré son syndrome entéro-rénal de 1930.

Vue par M. Félix Rose le 11 mars, elle entre donc chez Clovis Vincent le 22 et dans notre service le 23 du même mois. Elle est maigre, ictérique, anxieuse. La langue est suburrale. Elle refuse de s'alimenter. Le foie n'est ni hypertrophié, ni douloureux. Les matières ne sont pas décolorées.

Pas de sucre, ni d'albumine, ni d'urobiline, ni de pus dans les urines, mais présence d'orthopigments.

Temps : autour de 37-5.

Le cœur, la tension, l'appareil pulmonaire sont normaux. N'est pas réglée depuis janvier 1931.

Examen neurologique. Troubles de l'adiadococynésie à droite.

Hypermétrie et dysmétrie à droite.

Démarche ébrieuse. Vertiges.

Pas de signe de Babinski. Pas de trépidation-épileptoïde.

Réflexes tendineux vifs. Réflexes de la sensibilité cutanée conservés et normaux à tous les modes. Examen de l'œil : réflexes normaux, fond normal. Pas de nystagmus.

Tremblement prononcé des doigts.

25 mars. Ponction lombaire : lymphocitose légère, 8 par mmc.

Wassermann négatif. Albumine 0,40.

Sang. Urée normale (0,42).

Pression artérielle (Pachon) 14-9.

Radiographie : rien d'anormal.

Examen mental. — Dépression psychique. Obsessions mélancoliques : Idées délirantes d'accusation à base d'interprétations : « Elle aime mieux mourir... Elle est en prison — condamnée à la réclusion On l'accuse d'avoir tué un enfant. — Elle comprend bien tout cela par ce qui se dit autour d'elle.

A ce moment (22 mars) pas d'hallucinations.

Confusion mentale. — Désorientation dans l'espace et le temps. — Inquiétude — Anxiété. Réaction mélancolique par refus d'aliments.

Pas d'indifférence — Demande à sortir — A être disculpée des accusations qui pèsent sur elle. Parle avec difficulté, à la façon d'une mélancolique.

2^e Ponction lombaire (10 avril).

Lymphocytes : 8 p. mm³. (Cellule Nageotte).

Alb. : 0,42.

Benjoin : 00000.222.00000.

Hecht : —

Kahn : —

15 avril : amélioration de l'état général. Atténuation de l'ictère. Disparition des signes neurologiques de localisation cérébelleuse. apparition des *hallucinations*.

a) *visuelles* : Elles surviennent surtout au moment où la malade va s'endormir. « C'est comme un cinéma. »

b) *auditives* : Ce sont les plus importantes.

Elle entend les voix à n'importe quelle heure : elle les reconnaît : voix d'hommes ou de femmes. Ce sont des personnes de son entourage. Elle les entend avec précision *avec l'oreille*, comme si elles étaient dans une pièce à côté.

Ce sont des choses désagréables, qu'on répète sur son compte. Une de ses amies étant venue la voir, elle refuse de lui serrer la main « après tout le mal que constamment elle dit sur elle. Elle l'entend parfaitement dans la pièce voisine ».

Pas d'*hallucinations* des autres sens.

Pas de système délirant. Néanmoins, elle conclut de ses interprétations et de ses *hallucinations* que tout le monde est d'accord pour la faire révoquer et condamner. Aussi serait-elle contente de mourir, sans cependant songer à se suicider.

20 mai 1931. — Amélioration considérable de l'état général. Disparition des *hallucinations* des préoccupations mélancoliques.

Persistance de l'émotivité, et d'une certaine difficulté de la prononciation, dysarthrie apparente, qui aurait préexisté à la maladie actuelle.

Les réflexes tendineux sont toujours très vifs. Tremblement des doigts.

La malade se souvient de ses *hallucinations* et de ses idées délirantes. Elle en accuse le caractère pathologique.

Elle ne se souvient pas de ses crises épileptiformes.

15 juin. — Sucre dans le sang. 1 gr. 37.

Sucre dans le liquide céphalo-rachidien, 0 gr. 71.

Traitement. — A reçu quinze injections intraveineuses quotidiennes de sâlicylate de Na (1 gr.)

En résumé, il s'agit d'une institutrice de 38 ans, à tendance mélancolique, à équilibre endocrinien précaire, souffrant dans les premiers mois de 1930, d'une pyélonéphrite, dont elle se remet difficilement — et qui présente de novembre 1930 à avril 1931, une succession de syndromes neuro-psychiatriques qui

font penser successivement à une tumeur de lobe frontal, à une localisation cérébelleuse, et à une psychose hallucinatoire.

Deux questions se posent : 1° Y a-t-il une relation entre cette encéphalopathie et la pyélonéphrite qui l'a précédée ? 2° S'agit-il d'une encéphalite ?

Il semble qu'on puisse répondre affirmativement à la première question. Bien que le pus ait disparu des urines de la malade — en 1931 — l'étiologie colibacillaire des troubles de l'encéphale, paraît très probable.

Enfin, s'agit-il d'une encéphalopathie ou d'une encéphalite à lésions inflammatoires ?

Il paraît difficile d'affirmer ici le caractère exact des lésions de l'encéphale chez cette malade qui paraît tout à fait guérie actuellement.

Tout ce qu'on peut faire, c'est de souligner les différents syndromes qu'elle a successivement présentés, soit de la série neurologique, soit de la série psychiatrique. Ceux-ci répondent à différentes localisations dans l'encéphale, et en cela sont tout à fait comparables à ce qu'on observe dans les encéphalites et en particulier dans les encéphalites épidémiques.

M. H. CLAUDE. — Les infections les plus diverses peuvent donner naissance à des syndromes encéphalitiques semblables à ceux de l'encéphalite épidémique et n'ayant aucun rapport avec elle. J'ai vu un syndrome neurologique de Parkinson compliqué d'un syndrome mental de Korsakoff apparaître chez une femme au cours d'une pyélonéphrite ; ultérieurement, les colibacilles persistèrent pendant plus de deux ans dans ses urines. J'ai vu un parkinsonisme typique chez une autre malade au cours d'une appendicite suppurée. Les syndromes encéphalitiques infectieux non épidémiques sont généralement beaucoup moins tenaces que ceux de l'encéphalite épidémique. Quand la symptomatologie rappelle celle des tumeurs, les conséquences d'une erreur peuvent être très graves. Une ponction lombaire inopportune, par exemple, peut amener une hémorragie mortelle.

Epilepsie réflexe d'origine intestinale par corps étranger. Un cas suivi de guérison persistante, par MM. G. MAILLARD et H. CODET.

OBSERVATION. — Norbert P..., 8 ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Nous n'avons pu relever comme particularité qu'une chorée aiguë, à l'âge de 12 ans, chez la grand'mère maternelle.

Antécédents personnels. — Né à terme, l'enfant s'est élevé assez facilement ; pas de maladie grave ; pas de convulsions. Vers l'âge de cinq ans, il fut porteur de vers intestinaux, des oxyures vraisemblablement, qui n'occasionnèrent comme trouble que du prurit anal.

Jusqu'au printemps 1919, en bonne santé, il fut un enfant docile, studieux, apprenant facilement, et faisait preuve d'un caractère émotif, impressionnable. « Il était nerveux » disent les parents.

Depuis le mois de février 1919, alors qu'il a huit ans, ceux-ci remarquent quelques petites absences. Se reproduisant à intervalles réguliers, de cinq à huit jours, elles ont une allure constante : brusquement, l'enfant n'entend plus ce qu'on lui dit, il paraît absent, les yeux « retournés en l'air ». Il fait parfois quelques légers mouvements des deux bras et des mains, de caractère spasmodique. Mais il ne se débat pas et n'est jamais tombé. La crise dure quelques secondes.

En outre, il se plaint, mais discrètement, de quelques douleurs de ventre, et l'on remarque de la constipation, contraire à ses habitudes.

Au début d'avril, il est atteint d'une grippe assez violente, avec température élevée et congestion pulmonaire. Il reste trois semaines au lit. Durant cette période il présente, même couché, quelques absences, toujours analogues. Mais, par la suite, elles deviennent beaucoup plus fréquentes, et, rapidement, atteignent le nombre de huit et dix par jour. Elles gardent les mêmes caractères, sauf les mouvements des membres supérieurs qui ont disparu.

C'est alors que, un jour dans le courant de l'après-midi, il fait une fugue de deux heures, qui paraît vraiment avoir été inconsciente et amnésique, de caractère nettement épileptique.

En outre, les parents remarquent l'apparition fréquente de petites crises de dyspnée, avec raucité de la respiration.

La constipation persiste.

A cette époque, les parents constatent des modifications particulières du caractère et de l'humeur, une impressionnabilité très exagérée, des crises de pleurs ou des accès de colère pour des causes futiles.

En mai 1919, lors d'une consultation, on ne constate aucun signe de la série méningée. Nous prescrivons, outre du Bromone et un régime alimentaire végétarien, de purger le malade. Deux purgations n'ayant pas amené de résultat, une troisième provoque une débâcle de scybales très dures. L'une d'elles, que nous avons examinée, plus grosse qu'une noix, était constituée presque uniquement de débris végétaux pelotonnés, formant une masse résistante et rugueuse, hérissée de brindilles, lui donnant un peu l'apparence d'un oursin. On ne découvrit aucun débris de ver dans les feces mais quantité de fibres végétales.

Le lendemain, l'enfant eut encore une très légère absence et, depuis, n'en a présentée aucune.

En août 1919, quand nous le revoyons, quatre mois après, il a

retrouvé sa santé normale, les selles sont régulières, les douleurs abdominales ont disparu, l'appétit et le sommeil sont satisfaisants. Les parents affirment qu'il a notablement grandi au cours de cette période, se plaignant parfois de légères douleurs dans les membres. On constate un excellent état général, et tout au plus, peut-on noter une certaine décoloration des muqueuses.

Le caractère est assez rapidement revenu à ce qu'il était antérieurement.

Actuellement, à 12 ans d'intervalle, le jeune homme, que nous avons pu suivre, est en parfaite santé ; il n'a éprouvé, depuis 1919, aucun trouble nerveux ou autre qui puisse être signalé.

En présence de ce cas, nous nous sommes crus autorisés à porter le diagnostic de fugue et d'absences épileptiques, curables, provoqués par un corps étranger intestinal, en nous appuyant sur le tableau clinique, l'allure évolutive et la guérison.

Certes, la notion d'accidents de la série épileptique en rapport avec une irritation intestinale a été et demeure des plus classiques en pathologie infantile. Néanmoins, l'observation précédente nous a paru mériter de retenir l'attention par quelques particularités.

Tout d'abord, les faits d'épilepsie vermineuse, dûment établis, ne semblent pas extrêmement fréquents, malgré l'apparence. Dans un travail consacré à ce sujet, Martha (1), en 1891, ne retient que 22 observations jugées probantes. De même, Laboulbène (2), recommande la prudence avant d'accepter ce diagnostic. Parlant des accidents divers, épileptiformes, des convulsions hystériques, protéiformes, etc., en rapport réel avec la parasitose intestinale, il met en garde contre l'exagération fréquente de ces malades « qui rapportent tous leurs maux au ver solitaire ». Il ajoute : « J'ai fais rendre des tœnias à des épileptiques et malheureusement, je ne les ai pas guéris. »

Filatoff (3) insiste également sur la possibilité de manifestations hystériques dans les cas réputés comme guérisons d'épilepsie parasitaire. Aussi faut-il accepter encore avec précaution le conseil, réservé dans sa forme, déjà formulé par Delasiauve (4) :

(1) MARTHA (A). — Des attaques épileptiformes dues à la présence du tœnia. In *Archives gén. de médecine*, 1891.

(2) LABOULBÈNE. — Art. Vers intestinaux. In *Tr. de médecine*, de Brouardel et Gilbert, T. IV.

(3) FILATOFF. — Art. Vers intestinaux. In *Tr. des Mal. de l'enfance*, de Gran-cher, Comby, Marfan, T. II.

(4) DELASIAUVE. — *Tr. de l'épilepsie*, 1854.

quand l'expulsion des parasites « coïncide avec un notable amendement du mal, il en résulte un motif nouveau et sérieux de croire à la réalité de l'influence vermineuse ». Le même critère, avec réserves, a été repris récemment par Morenas (1).

Aussi bien nous pensons, chez notre petit malade, pouvoir éliminer l'hypothèse de manifestations hystériques. Elle n'est pas soutenue par son passé, son comportement ultérieur. Les phénomènes observés, paraissant nés en dehors de toute imitation, de tout choc émotionnel, ont gardé, leur existence durant, une simplicité d'allures et une fixité parfaites. Notons même leur impassibilité, si l'on peut dire, lors d'une affection fébrile aiguë.

Enfin, aucune manœuvre à tendance de suggestion n'a été utilisée lors de leur traitement, dont nous n'osions même prévoir exactement l'efficacité immédiate. De plus, au cours des douze années qui ont suivi, il n'a présenté aucun incident d'allure névrosique. Les absences constatées nous paraissent donc ressortir au type comitial ordinaire.

Par ailleurs, leur apparition est un peu surprenante chez un enfant dont les divers antécédents sont si peu chargés. Nous rappellerons à ce propos qu'il a eu, antérieurement, des oxyures intestinaux sans aucune réaction à distance. En somme, quelle qu'en soit la nature intime, les accidents épileptique de l'enfance traduisent ce que l'on peut appeler, faute de mieux, l'*aptitude convulsive*, généralement plus développée à cet âge. Il semble bien que celle-ci ait été peu accentuée chez notre malade.

La réaction elle-même est assez particulière, le type le plus fréquemment signalé étant la crise convulsive. Nous trouvons néanmoins dans l'article de Martha (2) (obs. 17), un cas dû au Dr Féréol, où, sans antécédent connu, vers la 30^e année, après un an de parasitose, un homme fut atteint de vertiges d'allure épileptique, survenant tous les 15 jours environ. Il présenta cependant une grande crise complète, mais unique. Le tout disparut après l'évacuation « d'un énorme paquet de *tœnias* extrêmement fragmentés ».

Plus récemment, nous trouvons, signalées par Filatoff (3), « des crises de faiblesse pareilles à des accès de petit mal : vertige, sensation de faiblesse, pâleur de la face ; quelquefois, le malade tombe. Tout cela a la durée de quelques secondes ». Mais nous n'avons pas vu rapporter de cas aussi pur d'*absen-*

(1) MORENAS. — Les manifestations toxo-anaphylactiques dans l'helminthiase. In *Clinique et laboratoire*, 20 mai 1931.

(2) MARTHA. — *Loco cit.*

(3) FILATOFF. — *Loco cit.*

ces sans autre accident. La coexistence de manifestations oculaires n'est pas signalée, mais nous a semblé assez fréquente dans nos autres observations d'épilepsie d'origine intestinale. Le retentissement psychique parallèle aux manifestations ordinaires de l'épilepsie d'origine intestinale, ne paraît également pas fréquent. C'est ainsi que nous relevons dans le traité de d'Espine et Picot (1), à propos des irritations réflexes par vers intestinaux : « Guérmonprez a observé chez un enfant atteint d'ascarides des hallucinations, l'aphonie, des troubles intellectuels et visuels. Ces accidents disparurent après l'expulsion d'un grand nombre d'ascarides. — Jabez Hogg a constaté un fait analogue chez un enfant âgé de trois ans. »

Pour être cités de la sorte, ces cas sont donc considérés comme assez rares. Du reste, leur description sommaire les distingue de celui que nous avons rapporté. Ici l'analogie est bien plus frappante avec les modifications habituellement observées au cours de l'épilepsie, dite essentielle : émotivité et irritabilité anormales. De même, nous n'avons pas trouvé de relation de *fugue*, de type épileptique, dans les observations de cet ordre.

La guérison, en nous montrant le corps du délit, nous a également révélé une origine imprévue des accidents. Nous ne la trouvons pas signalée. En effet, les auteurs que nous avons pu consulter incriminent les différents parasites, fréquents ou rares du tube digestif. Il n'est pas fait mention de véritables corps étrangers inertes de l'intestin, qui, avec les caractères physiques (dimensions et consistance) de celui qui nous occupe, restent exceptionnels. Tout au plus, Stahl (2) indique-t-il « des convulsions épileptiformes, signalées chez les jeunes enfants dans les cas où les matières fécales sont accumulées dans l'intestin ».

C'est pourquoi un cas, comme celui-ci, peut présenter un certain intérêt doctrinal. En effet, en présence des réactions de l'épilepsie vermineuse, deux théories restent en présence. D'une part, on peut expliquer les accidents convulsifs comme réflexes déclenchés mécaniquement par une irritation intestinale. Cette explication, la plus ancienne, offre l'avantage de pouvoir englober toute une série de faits, en outre de l'épilepsie vermineuse les rapprochant d'autres épilepsies réflexes, par exemple, d'origine pleurale. Pour les irritations portant sur le tractus digestif, on peut rappeler les convulsions de la dentition, bien

(1) D'ESPINE et PICOT. — *Traité des maladies de l'enfance*, 1899.

(2) STAHL. — *Pathologie spéciale*, 1863.

connues. De même, pour d'autres cas plus isolés, tel, par exemple, celui de Villemain et Dieulafé, d'appendicite avec épilepsie réflexe, où les poussées inflammatoires étaient accompagnées d'attaques convulsives; celles-ci disparurent après l'opération. Les auteurs en citent d'analogues, dont une de Glantenay. On y peut également faire rentrer les observations de l'épilepsie d'origine gastrique. Maurel rappelle « l'influence des troubles digestifs (dyspepsie, indigestion) sur l'apparition des phénomènes convulsifs, mettant en évidence le mécanisme réflexe, à départ gastrique, dans la pathogénie de ces phénomènes ». Il est vrai que cette argumentation peut prêter à la critique, et l'épilepsie d'origine digestive être interprétée, dans des cas comme provoquée par une auto-intoxication liée à la stase intestinale. Du reste, l'influence de la constipation sur la fréquence des accidents comitiaux est un fait d'observation courante. Mais sa présence ne suffit pas à la créer de toutes pièces, non plus que sa guérison ne les fait disparaître.

La théorie opposée attribue l'épilepsie vermineuse à une toxine d'origine parasitaire et absorbée par l'intestin. Elle a été défendue par divers auteurs classiques, approuvée par Bernheim (1).

On a pu également faire intervenir un choc anaphylactique (2). Cet ordre d'explication ne nous paraît guère applicable à notre observation. Ici, le corps étranger était inerte, sans doute d'origine alimentaire. Par contre, son volume, sa consistance, sa surface hérissée de fibres rugueuses semblent lui avoir réservé une action purement mécanique.

Par analogie, nous avons cherché à vérifier si une action irritative portant sur l'intestin pouvait, expérimentalement, agir sur le déterminisme des accidents convulsifs, chez des épileptiques avérés. Les observations recueillies dans ce sens sur des malades du service de Bicêtre, soumis à des purgations, ne nous ont révélé aucun rapport de causalité.

Rappelons encore une particularité que présenta la crise du jeune Norbert P... Après sa débâcle intestinale; le lendemain, il eut encore une absence très légère. Ce détail est signalé par Martha (3): « La clinique montre que cette disparition (des accidents) n'est pas toujours immédiate. » Il signale une ou

(1) Cité par STERNE. — *Crises épileptiques déterminées par des ascarides*. Soc. de méd. de Nancy, 23 juin 1909.

(2) Démètre PAULIAN (de Bucarest). — *L'anaphylaxie comme cause des troubles nerveux produits par les vers intestinaux*.

(3) MARTHA. — *Loco citat.*

des crises, généralement très atténuées, persistant après l'expulsion des vers, et ajoute : « Le réflexe ne cesse pas en même temps que la cause. » Il indique l'intérêt de ces cas, en quelque sorte de transition, où la guérison ne suit pas exactement le départ de l'agent causal. S'appuyant sur des expériences de Brown-Séquard (1), il envisage la possibilité d'aboutir à une véritable « épilepsie idiopathique, incurable, même le parasite disparu ». C'est la même opinion que l'on voit émise par Burlureaux (2), affirmant que « le plus souvent, quand l'épilepsie n'est pas trop ancienne, elle disparaît avec la cause productive ; dans certains cas, elle survit ».

Pour ces derniers certes, on peut se demander s'il ne s'agit pas de parasitose fortuite chez un comitial. Autrement, on trouverait une explication possible à quelques-uns des états d'épilepsie, dite essentielle, c'est-à-dire d'origine méconnue.

Ces cas pourraient être interprétés comme une réalisation fortuite et particulière, voisine des faits expérimentaux classiques de H. Claude et Lejonne : chez des chiens, une lésion corticale, provoquée, est insuffisante à provoquer des crises convulsives. Celles-ci apparaissent si l'on fait absorber à ces mêmes animaux une dose minime de strychnine, inactive chez des sujets non opérés. Dans un cas comme celui que nous relatons, on peut supposer un enchaînement causal analogue. L'existence d'une lésion corticale minime, inopérante par elle-même, représenterait le substratum de l'*aptitude convulsive*. Cette aptitude a été révélée occasionnellement par une rétention autotoxique (constipation) ou par une irritation réflexe d'origine intestinale (scyrbale rugueuse), agissant vraisemblablement par l'intermédiaire du système neuro-végétatif. Depuis les travaux de Santenoi, on sait l'importance de ses modifications dans le déterminisme des paroxysmes épileptiques : hypervagotonie précritique.

Nous ne pouvons nous prononcer catégoriquement en faveur de l'un de ces deux mécanismes épisodiques ; mais nous pensons que cet enchaînement nécessaire et suffisant de causes permanentes et occasionnelles doit se réaliser bien souvent, au moins à l'origine de l'épilepsie, dite essentielle, c'est-à-dire d'origine méconnue. Il ne paraît pas illogique de supposer que la prolongation de cette association (avec une lésion corticale minime), puisse déterminer une *habitude de réaction épileptique* qui tende à s'installer. Par la suite, sous l'influence de causes multiples et

(1) BROWN-SÉQUARD. — Sur l'épilepsie expérimentale. *Arch. de Méd.*, 1856.

(2) BURLUREAUX. — In dict. Dechambre, art. *Epilepsie*.

banales (hétéro ou auto-toxiques, colloïdoclasiques, etc.), le sujet répondra par la même série d'accidents, avec une modification anatomique minima. Ainsi pourraient, semble-t-il, se comprendre les faits d'épilepsie sans signature lésionnelle actuellement décelable.

M. DUPAIN. — Ce corps étranger était-il un amas de cheveux, comme on en trouve chez les aliénés qui s'arrachent les cheveux et les mangent ?

M. H. CLAUDE. — Une excitation réflexe minime peut, chez les individus qui ont une tendance à la spasmophilie, provoquer des crises convulsives. Ce fut le cas d'un enfant qui avait avalé un bouton, c'est le cas des convulsions après thoracentèse.

M. MARCHAND. — Krishaber, je crois, cite le cas d'un individu qui mourut en état de mal épileptique et dans l'intestin duquel il trouva un paquet de pépins de raisin. Il y a des rapports certains entre des états d'appendicite chronique et des périodes de crises épileptiques.

M. HEUYER. — Les helminthes peuvent déterminer l'épilepsie par la production d'une méningite, car, ainsi que l'a montré M. Guillaïn, ils sont susceptibles de créer une lésion méningée. On ne peut pas invoquer là le mécanisme réflexe. J'ai bien vu un enfant idiot, être atteint de crises épileptiques nombreuses, sous l'influence de lombrics et ses crises s'améliorer considérablement par une purge de calomel qui amena l'expulsion de 32 lombrics, lombrics qui mis bout à bout par les parents du malade couvrirent une longueur de 8 mètres. Mais, là encore, les lésions de l'idiotie étaient l'agent essentiel de l'épilepsie ; les lombrics n'avaient été qu'un appoint surajouté. Je ne crois pas à l'aptitude spasmophile ou convulsive. Il faut des lésions anatomiques pour qu'il y ait épilepsie. Quant aux crises épileptiques, dites réflexes, elles surviennent chez des individus qui, antérieurement aux crises provoquées par l'excitant identifié, avaient eu d'autres crises. Un garçon tuberculeux a une crise quand on lui fait une piqûre thérapeutique, mais des années auparavant il avait eu des crises épileptiques sans aucune piqûre déterminante.

M. MARCHAND. — Les cas d'épilepsie réflexe à point de départ gastro-intestinal sont rares. Je rappelai le cas de Krishaber qui, à l'autopsie d'un enfant de 12 ans, mort à la suite d'accidents épileptiques, trouva dans l'estomac un paquet de pépins de rai-

sin. Vuillemain et Dieulafé, Gutmann ont rapporté les observations de sujets qui, à chaque crise d'appendicite, présentaient des attaques d'épilepsie : celles-ci disparurent à la suite de l'ablation de l'appendice. Je ne sais si les sujets qui sont atteints de cette forme comitiale possèdent une « aptitude convulsive », mais je préfère ne pas employer ce terme qui cache trop notre ignorance de la pathogénie des accidents.

M. H. CLAUDE. — Des troubles circulatoires passagers ne laissent derrière eux aucune altération anatomique et par conséquent ne constituant aucune lésion, déterminent parfois des symptômes physiques incontestables. Certains individus pâlisent et rougissent dans des circonstances émotionnelles qui ne modifient pas la coloration des autres hommes. Des crises de migraine, sont remplacées parfois par des crises d'aphasie. Chez des enfants nerveux, mais qui n'ont présenté jamais et qui atteindront la vieillesse sans présenter aucun signe d'épilepsie, le processus physiologique de la dentition peut déterminer de violentes crises convulsives. Chez certains sujets, l'asphyxie produit les mêmes effets. Dans tous ces cas, une simple modification fonctionnelle se traduit par les mêmes troubles physiques que la modification anatomique de l'épilepsie vraie. Cette susceptibilité particulière d'un organisme à réagir toujours de la même façon devant des excitations non lésionnelles différentes, peut être désignée aptitude.

M. CODET. — Nous avons voulu donner un nom à une constatation clinique, celle de convulsions épileptiformes sans lésions identifiables et survenant passagèrement en réponse à des excitations passagères. Le corps étranger était constitué par des fibres végétales, résidu sans doute d'une ingestion excessive de légumes.

Du délire aigu à l'encéphalite épidémique ; Leucocytose progressive du Liquide Céphalo-rachidien ; Azotémie régressive chez les malades alimentés, par M. Camille POUFFARY.

Nous désirions vous faire part de nos observations au sujet de trois cas de délire aigu que nous avons plus particulièrement étudiés.

L'une de nos malades fut traitée par le salicylate de soude administré par la voie rachidienne ; pour les deux autres, nous avons employé l'uroformine par la voie veineuse. Les trois mala-

des moururent après avoir présenté une leucocytose progressive du liquide céphalo-rachidien. Cette leucocytose du liquide céphalo-rachidien, une myélocytose neurophile observée dans le sang d'une malade, et enfin l'aspect clinique nous fait rapprocher le délire aigu de l'encéphalite épidémique.

OBSERVATION I. — B... Marcelle, 35 ans, bouchère, venant de l'infirmerie spéciale, est entrée le 13 novembre 1930 au service du Docteur Trénel. Pas d'antécédents héréditaires ; elle aurait eu une « sinusite frontale ? » il y a un an et demi ; aucune maladie antérieure. Elle a eu deux enfants vivants ; elle accoucha du dernier il y a 6 ans, et depuis elle a fait sept fausses couches ; la dernière il y a 7 mois (le mari aurait jeté le fœtus aux chiens).

Le début de sa maladie fut brusque ; quelques jours avant, elle eut une discussion avec son mari qui lui annonça qu'il avait une maîtresse. Elle demanda à une amie de la prendre chez elle et, voulant divorcer, s'adressa à un avocat qui lui déconseilla de quitter le domicile conjugal. Le lendemain matin, elle était bien ; mais dans l'après-midi lorsqu'elle se présenta chez son amie, elle se trouvait dans un état d'excitation extrême ; elle ne reconnaissait pas ses enfants. Pendant ce temps, le mari déménageait ; elle partit alors à sa recherche dans différents cafés, et se rendit le jour suivant au Commissariat pour demander son mari, c'est d'ici qu'elle fut dirigée sur l'Infirmerie spéciale, à cause de son excitation et de son incohérence déjà manifestes.

Examen clinique. — A son entrée, c'est le tableau clinique du délire aigu : Excitation psycho-motrice. Logorrhée. Incohérence. Etat général mauvais.

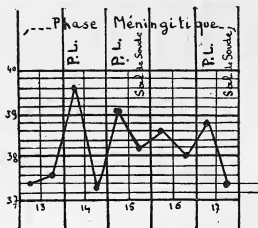
D. : Pourquoi êtes-vous agitée ?... — R. : « Je me le demande, donnez-moi mes gosses, je me demande ce que je fais ici. » — Puis une suite de paroles incohérentes : « Les Briands pour donner un coup aux allemands ; j'ai les briands, chevaux, voiture, on est venu faire la foire et mon enfant ? C'est abominable. Faites que je sorte ce soir. Mes enfants. Il paraît que c'est tout sens dessus-dessous. Une scène de cochon..., c'est toi qui m'enfonçait ma pauvre vieille ! Zéro, deux zéros. C'est moi qui fait la scène du bâton, l'autre c'était le cheval, elle croyait m'enterrer vivante avec toute sa saloperie. Oui, tiens bien le coup. Hier imagine-toi qu'il s'est présenté en forçat. » — D. : Qui ça ? — R. : Les Briands. Restez avec moi. Mon mari je vais le voir aujourd'hui. Il mérite d'être tué trois fois, il m'a fermé la bouche ?...

Toute cette incohérence s'accompagne d'une grosse agitation désordonnée, de grimaces et elle souffle fortement de temps à autre. En résumé l'examen psychique montre une grosse excitation, avec délire violent, incohérence des propos, inconscience de la malade.

L'examen neurologique est négatif, les pupilles légèrement en

myosis (quoiqu'elle ait eu de la scopolamine), sont égales et réagissent. Réflexes normaux. Pas de symptômes méningés : pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, simplement opposition à l'examen. L'agitation motrice assez particulière, est bien celle d'un délire infectieux, c'est une instabilité qui s'accompagne de petites secousses convulsives et de contractions fibrillaires des muscles.

Pas d'éruption, les poumons sont normaux, le cœur est régulier, mais rapide ; bien frappé au début, il s'assourdit par la suite. Les lèvres sont fuligineuses, la bouche est sèche, la langue rôtie framboisée. La rate, le foie sont normaux. Le ventre est souple. Métorrhagie à son entrée. La température a présenté la forme inversée, plus basse le matin que le soir. On remarquera que la première ponction avait amené une forte chute de température le soir même.



Examen de laboratoire. — Entrée le 13, les examens faits le 14 donnèrent :

Liquide céphalo-rachidien. — Tension 35-28 (assise). Lymphocytes, 10,2. Albumine, 0,25. Pandy, 0. Weichbrodt, 0. Guillain, 00000.00000.00000. B. W., 0.

Sang : Hecht, 0. Meinicke, 0. Urée, 1,25.

Devant cette lymphocytose assez élevée et le tableau clinique d'une grande infectée, nous pensâmes, avec l'autorisation du Docteur Trénel, la traiter par le salicylate de soude administré par la voie rachidienne. Le 15 nous lui fîmes donc une autre ponction lombaire suivie d'une injection de 0,50 de salicylate de soude. Le liquide retiré servit au dosage du glucose qui donna 0,55.

Bien que l'état de la malade nous laissât supposer une terminaison proche, le 17 nous lui fîmes encore une ponction suivie d'une injection de 0,50 de salicylate.

Le liquide retiré, trouble, montra à l'examen environ 380 éléments. Le pandy donna + + +. Nous n'avions pas suffisamment de liquide

pour faire d'autres examens. La malade mourut le soir même en ataxo-adynamie.

Une escharre sacrée était apparue les 3 derniers jours.

A l'autopsie : Macroscopiquement : cerveau congestionné. Poumons congestionnés. Cœur : petites hémorragies à la grande valve. Foie 1.140 gr. Rate 75 gr. Rein, aspect normal, 140 gr. Capsules surrénales normales. Ovaires très volumineux (15 gr., longueur 7 cm. 50). Utérus volumineux, la cavité élargie contient un peu de sang. Le col est congestionné et ne présente pas de trace de traumatisme.

Nous fûmes assez surpris de cette énorme leucocytose dans le L. C.-R. Il était permis d'incriminer la voie d'administration du médicament. Déjà avec le D^r Schiff (1), nous avions appliqué cette thérapeutique dans différents cas de psychoses, mais jamais nous n'avions obtenu une leucocytose aussi forte : chez un malade nous avions eu 196 éléments, mais ceci seulement après la 7^e injection. Cette leucocytose avait d'ailleurs été parfaitement bien supportée et avait regressé rapidement ; la réaction méningée alors obtenue était donc bien médicamenteuse et aseptique, tandis que chez notre malade une autre cause agissait certainement. Nous pensâmes donc faire d'autres ponctions répétées, aux autres cas semblables qui se présenteraient, afin de vérifier si ce n'était pas plutôt la maladie, que le traitement qui était l'auteur de cette hyperleucocytose.

OBSERVATION II. — Bl. Florentine, 47 ans, entrée au service du D^r Capgras, le 30 mars 1931, venant de l'Hôpital Rotschild où elle était restée quelques jours.

A. H. — Père syphilitique, mort d'ictus à 62 ans, cinq enfants bien portants, sauf la malade qui est l'aînée.

A. P. — Kératite à 11 ans. Mariée à 27 ans elle eut un fils qui est âgé de 19 ans et bien portant. Son mari fut tué à la guerre en 1916, elle en fut très affectée, et peu de temps après présenta de la surdité. Malgré ses examens négatifs, elle reçut dès 1919 un traitement anti-syphilitique qu'elle cessa il y a deux ans ; à cette époque elle fut traitée pour ses troubles auditifs (ablation des cornets) ce qui n'empêcha pas une diminution progressive de l'ouïe.

Elle était taciturne, mais ne fut jamais nerveuse. Depuis 6 mois elle aurait eu quelques troubles du jugement peut-être dus à ce qu'elle entendait mal (dit le frère). Elle n'était plus réglée depuis trois mois et avait assez souvent des maux de tête. Huit jours avant son entrée, le 22 mars 1931, elle revint de promenade fatiguée et *somnolente*. Depuis, elle dormait tous les jours, s'excitait dès qu'on voulait la faire manger, restait dans un demi-coma tant qu'on ne s'occupait pas d'elle, criait dès qu'on l'approchait, ne reconnaissait plus personne.

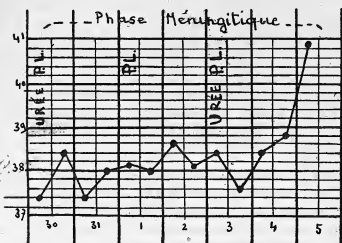
Examen clinique. — Dès son entrée, c'est l'aspect du délire aigu avec excitation psycho-motrice :

Psychique : Logorrhée. Incohérence. Confusion.

Motrice : Caractérisée par instabilité, petits mouvements continuels de la tête des membres, s'accompagnant de petites secousses fibrillaires des muscles de la face. Légère contracture de défense. S'assied sur son lit, veut se lever ce qui nécessite sa contention.

L'examen neurologique ne donne rien : Opposition à l'examen, mais pas de Kernig, pas de raideur de la nuque, pas de Babinski. Les réflexes rotuliens sont un peu vifs, elle présente une ébauche de clonus des 2 rotules, mais qui ne se reproduit pas.

Une taie de l'œil gauche cache entièrement la pupille ; la pupille droite réagit bien, légèrement irrégulière (taie légère). Bien que l'auscultation soit difficile les poumons ne présentent aucun râle. Le cœur est bien frappé, régulier, mais rapide. Le pouls est à 130. La



température à 37°. Les lèvres fuligineuses, les muqueuses buccales sèches, la langue est rôtie. Elle a une très abondante sécrétion du rhino-pharynx. Le ventre est plat, souple (amaigrissement notable). Elle eut du mélaena au début, suivi de constipation les derniers jours.

Le 31 mars même état. Le 1^{er} avril langue et bouche sales, légères hémorragies gingivales ; toujours selles goudronneuses ; apparition d'une escharre sacrée. Le 3, même état, pouls 140, température 38°4. Le 4, pouls 140, température 38°4. Le 5 elle entra brusquement dans le coma, avec refroidissement des extrémités, cyanose ; deux heures avant la mort elle avait le ventre ballonné tympanique. Elle mourut à midi.

Traitement. — Le diagnostic du délire aigu posé dès l'entrée, le jour même elle fut alimentée à la sonde, reçut de l'uroformine par voie veineuse à dose journalière de 1 gr. Toni-cardiaque. Médication calmante.

Examens laboratoire. — Le 30 mars le liquide céphalo-rachidien donne 38 lymphocytes, 4,4 gros mononucléaires. Albumine : 0,80. Pandy : ++. Weichbrodt : 0. Guillain : 00000.00000.00000. B. W. : 0.

Le sang : Hecht : 0. Meinicke : 0. Urée : 0,75 (1^{er} dosage).

Deux jours après le 1^{er} avril le L. C.-R. donne 95 lymphocytes, 18 gros mononucléaires. Albumine : 0,80. Pandy : + + +. Weichbrodt : 0. B. W. : 0. Glucose : 0,488.

Le sang : Séro-diagnostic négatif au bacille d'Eberth Para A et B.

Le 3 avril. — Le L. C.-R. 125 lymphocytes, 47 gros mononucléaires. Albumine : 1 gr. Pandy : + +.

Le sang : Urée, 0,58 (2^e dosage).

Les urines qui furent examinées le 1^{er} avril montrèrent une réaction acide ; pas d'albumine, pas de sucre.

L'examen du sang fait le 3 avril a donné le résultat suivant : 38.000 globules blancs par mm³. Formule leucocytaire : Lymphocytes : 1,5. Grands mononucléaires : 8,5. Polynucléaires neutrophiles : 90. Eosinophiles : 0 (1). Nous noterons cette énorme myélocytose neutrophile qu'il est presque constant de trouver dans la grippe, et qui a été aussi signalée par Netter, dans l'encéphalite épidémique.

Chez cette malade qui n'était plus réglée depuis 3 mois nous ferons remarquer la présence de sang dans les selles avant l'apparition de petites hémorragies gingivales signalées. M. Trénel (2) avait déjà cité un cas où chez une femme qui avait passé la ménopause, une métrorrhagie abondante et aussi une hémorragie intestinale apparurent quelques jours avant la mort.

OBSERVATION III. — G... Jeanne, 33 ans, teinturière, entre au service du Docteur Capgras le 6 avril 1931, venant de l'hôpital Henri-Rousselle. Pas d'antécédents héréditaires. A eu la scarlatine à 26 ans, aurait eu des idées d'empoisonnement. Puis un début brusque se manifesta le 2 avril par de violentes colères.

Examen clinique. — A son entrée, elle était à une période moins avancée que la malade précédente. Elle présentait un état subconfusionnel, avec excitation psycho-motrice. Son affectivité était manifeste lorsqu'on lui parlait de sa famille. Elle nous dit avoir deux enfants (en réalité un). Que son mari était dessinateur (exact). Puis une conscience relative de son état : « Je suis très fatiguée », « Je ne sais pas depuis combien de temps. » — « C'est papa et maman qui m'ont amenée ici. » Et alors suivit un flot de paroles incohérentes, s'accompagnant d'une agitation anxieuse. Sa température était alors à 37°8 (les jours précédents elle n'en avait pas eu), ses règles apparurent à ce moment. Elle avait une extinction de voix, son cœur était régulier, bien frappé, pas de souffle, le pouls à 110. Rien de pulmonaire. Une stomatite érythémateuse, l'abdomen souple, aucune douleur accusée, sauf peut-être au niveau des annexes.

La rate et le foie normaux. Constipation, côlon descendant bourré. Au toucher l'utérus paraît normal. Réflexes rotuliens un peu vifs.

(1) Nous devons cette numération et formule leucocytaire à notre ami le Dr Tusques que nous remercions bien vivement de sa collaboration.

Les pupilles en mydriases ne réagissent pas (mais elle avait eu de la scopolamine quelques heures avant l'examen). Pas de signes méningés.

Un premier dosage d'urée de sang fait le 7 donna 0,55. La malade s'alimentait. Le 10 au matin la température montée brusquement à 39°2 nous donna l'alarme et une ponction lombaire lui fut faite immédiatement ; le soir même la température redescendait à 38°5.

Les examens du liquide donnèrent : Lymphocytes 0,8. Albumine : 0,15. Pandy : 0. Guillain : négatif. B. W. : négatif. Dans le sang : Hecht négatif. Le séro-diagnostic au baccille d'Eberth Para A et B fut négatif. Jusqu'au 13 la courbe de température descendit jusqu'à 37°2 ; mais à ce moment le pouls qui s'était maintenu aux environs de 100 s'accélérait et montait à 130. où il se maintint quelques jours, pour augmenter et s'affaiblir le dernier jour. Elle présenta alors cette petite agitation incessante du délire aigu. Les lèvres devinrent fuligineuses, la langue sèche, et apparurent d'abondantes sécrétions rhinopharyngées. Pensant toujours à notre première malade, bien que chez cette dernière les premiers examens ne nous avaient donné que 0,8 lymphocytes nous lui fîmes le 15 une nouvelle ponction lombaire.

Malheureusement un peu de sang vint troubler quelque peu nos examens. Cependant après avoir fait dissoudre les globules rouges par l'acide acétique nous eûmes à la cellule de Nageotte 99 lymphocytes et quelques gros mononucléaires. Et après centrifugation l'albumine nous donna 1 gr. (même lorsqu'il y a du sang, si l'on centrifuge comme nous l'avons fait on n'obtient pas cette quantité d'albumine dans un liquide normal) suivant alors le rythme des précédentes malades, deux jours après, le 17 nous lui fîmes une autre ponction, d'autant plus encouragé que le soir et le lendemain des ponctions précédentes, la malade paraissait aller mieux, mais ce jour-là on ne pouvait plus guère douter de l'issue proche. L'examen du liquide nous donna : 45 lymphocytes, 71 gros mononucléaires et polynucléaires (avec prédominance de ces derniers). Albumine : 0,40. Pandy : ++.

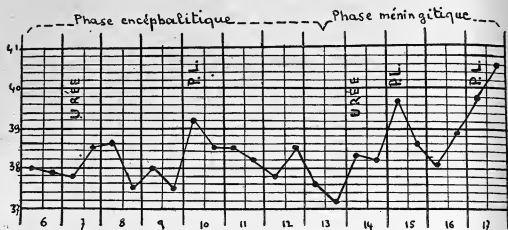
Notre malade mourut dans la nuit du 17. La veille du décès nous avions relevé une très légère douleur de la nuque, pas de Kernig. Le jour du décès : une raie méningitique nette (longue à apparaître, longue à disparaître) ; un léger œdème généralisé de la jambe gauche ne laissant pas l'empreinte du doigt. L'examen des urines fait le 11 montra des traces d'albumine, pas de sucre. Un deuxième dosage de l'urée du sang fait le 14 nous donna encore 0,55. Notre malade s'était alimentée seule pendant sa maladie sauf les deux derniers jours, où elle ne s'alimenta que très difficilement.

Dans les quelques heures qui précédèrent la mort notre malade parut recouvrer sa lucidité ; cette lucidité de la dernière heure nous l'avions déjà observée dans un autre cas similaire.

Traitement. — En plus des ponctions lombaires, notre malade eut comme calmant : scopolamine K. Br. Sédol. Comme toni-cardiaque : huile camphrée, spartéine. Comme anti-infectieux, dès son entrée elle

avait été traitée par l'uroformine par voie veineuse, et en plus, les derniers jours, recevait une ampoule intra-musculaire d'électrargol.

Autopsie. — Macroscopiquement. Cerveau congestionné. Foie congestionné. Utérus très congestionné ; à la coupe caillot dans la cavité ; col lésions anciennes (accouchement il y a 8 mois). Rien d'abdominal. Le cœur et les poumons ne furent pas examinés.



DE LA LEUCOCYTOSE. — Ces 3 observations nous montrent bien qu'il se produit une lymphocytose progressive dans le liquide céphalo-rachidien, laquelle s'accompagne également d'une augmentation de l'albumine. Dans les 2 cas où nous avons fait un dosage de glucose (obs. I, III), le sucre s'est maintenu aux environs de la normale (0,55 et 0,488).

Nos observations II et III montrent, comme nous l'avions supposé, qu'un autre processus que le salicylate de soude avait agi chez la malade de notre observation I. Le salicylate a peut-être pu ajouter son action, mais jamais, à lui seul, il n'aurait produit semblable réaction.

Nous pensons donc bien être en présence d'une méningo-encéphalite et nous supposons que la phase méningitique n'apparaît qu'après la phase encéphalitique, mais comme nous avons peu de signes cliniques de celle-ci, il est nécessaire, pour la mettre en évidence, de faire des examens répétés du liquide céphalo-rachidien et ne pas se contenter d'un seul ; en effet, les premiers examens de notre malade de l'observation III n'avaient donné qu'une lymphocytose de 0,8 éléments.

Plusieurs auteurs ont déjà signalé une légère lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. Cependant, MM. Toulouse, Marchand, Courtois (3 et 4), en décrivant l'« Encéphalite psychosique azotémique » indiquent dans leurs observations por-

tant sur 15 malades, la rareté des modifications du liquide céphalo-rachidien : 3 fois, sur 7 malades qu'ils ont ponctionnés, ils n'ont eu à la cellule de Nageotte que 3 à 4 éléments. Cliniquement, pourtant, nous supposons nos cas semblables aux leurs.

Dernièrement, MM. Dupouy, Courtois et Dublineau (5) présentèrent un cas où la première ponction donna 75 éléments ; une deuxième P. L., pratiquée 6 jours après, ne donna plus que 70 éléments et une 3^e faite 10 jours après celle-ci, donna seulement 20 éléments. Mais s'ils observèrent le phénomène inverse du nôtre, la maladie évolua aussi d'une manière différente, puisque leur malade s'est améliorée.

*
**

DE L'AZOTÉMIE. — Plusieurs auteurs ont signalé l'azotémie dans différentes maladies infectieuses. MM. Toulouse, Marchand et Courtois (3-4-6-7), en décrivant l'« encéphalite psychosique azotémique » signalèrent une augmentation progressive de l'urée du sang, et attribuèrent cette azotémie non à la dénutrition, mais vraisemblablement au processus infectieux du délire aigu. Nous supposons cependant que l'urée, produit de la désintégration des substances albuminoïdes des tissus, paraît bien, dans ces cas, être due à la dénutrition extrêmement rapide, que l'on observe au cours de cette maladie aiguë, où semble se produire une véritable autophagie. M. Trénel (2) attribuait plutôt cette azotémie à l'autophagie, nos deux dernières observations paraissent lui donner raison. En effet, l'une de nos malades, qui présentait 0,75 d'urée à son entrée, alors qu'elle était restée quelques jours sans manger, ne présenta plus que 0,58 après que nous l'eûmes alimentée à la sonde pendant 5 jours ; la deuxième, à l'alimentation de laquelle nous avons veillé, n'a pas présenté de modifications d'urée, à 7 jours d'intervalle (0,55).

*
**

DU DÉLIRE AIGU A L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE. — Nous avons pris comme titre de notre communication : Du délire aigu à l'encéphalite épidémique parce que nous supposons que le délire aigu est une forme de l'encéphalite épidémique.

On a fait de l'encéphalite épidémique une maladie nouvelle, surtout parce que, en 1918, elle se présenta sous cette forme particulière : léthargique. Mais n'avait-on pas décrit entre autres, en Italie, en 1890, sous le nom de Nona des cas semblables ? Depuis,

ce sont souvent des formes avec excitation psycho-motrice, et même sans signes oculaires qui ont été maintes fois signalées, et cependant toutes ces formes furent rattachées à l'encéphalite épidémique. Par contre, le délire aigu fut connu de tout temps ; mais ne devons-nous pas penser à une atteinte différente des centres nerveux dans les cas de somnolence et dans ceux d'excitation ? On a en effet décrit, dans l'encéphalite épidémique, à côté du type mésocéphalique, un type bulbaire, puis un type cortical (type de nos malades), puis un type sous-thalamique rappelant la maladie de Parkinson. Il a été également signalé après l'encéphalite épidémique des séquelles avec déficit intellectuel, sans parkinsonisme, comme nous le voyons chez nos malades. Peut-être a-t-on appelé encéphalites épidémiques des cas de délire aigu, ou délires aigus des cas d'encéphalites. Nous sommes cependant tenté de croire à une même maladie qui serait endémique et qui se manifesterait de temps à autre sous forme d'épidémie, plus ou moins différente selon la virulence ou la localisation de l'agent inconnu, ou de l'état d'immunité de la population.

L'encéphalite épidémique est une maladie essentiellement polymorphe et déroutante. C'est une maladie de la saison froide. Les signes neurologiques sont légers ; les plus constants seraient les signes oculaires, mais il est bien difficile de les mettre en évidence chez nos malades délirantes. Cependant, chez d'autres malades cliniquement semblables à celles-ci, nous avons pu parfois observer du strabisme. Mais nous en avons d'autres signes ; cette confusion, cette agitation anxieuse incessante ; les myoclonies, l'état général mauvais avec peu de température, le spasme du pharynx, le spasme de l'estomac, la constipation opiniâtre, les petites hémorragies multiples, l'escharre sacrée, la fonte cellulaire extrêmement rapide et les modifications humorales que nous avons relatées. Cette année-ci, le grand nombre de cas que nous avons observés pendant l'hiver aux services de M. Trénel et de M. Capgras, semble nous donner plus particulièrement la notion d'épidémie.

Nous croyons que l'encéphalite épidémique, telle que nous l'observons dans nos asiles, peut se diviser en 3 périodes :

- 1) *Période d'incubation*, dont nous ne pouvons pas fixer le temps et qui doit être bien variable selon la résistance du sujet.
- 2) *Période d'invasion*, qui peut durer 8 à 15 jours. Troubles légers, lassitude, céphalée, irritabilité, somnolence (une de nos malades, observation « II » a présenté de la somnolence avant son entrée).

3) *Période d'état*, que nous diviserons en 2 phases : la phase encéphalitique et la phase méningitique.

A) La phase encéphalitique, d'une durée de 6 à 8 jours, se manifeste par un début brusque et dramatique : excitation psycho-motrice, subconfusion, myoclonies, état général léger, peu de température ; pouls en rapport, stomatite érythémateuse. Langue sèche, rhino-pharyngite. Souvent spasme pharyngé, constipation, puis après une courte durée, la température accuse une baisse et alors apparaît :

B) La phase méningitique (durée 3 à 5 jours), caractérisée par une accélération du pouls, qui monte brusquement à 130, puis le lendemain survient un état général plus grave, avec élévation de la température, la rhino-pharyngite s'accroît avec sécrétions abondantes, la langue devient sale, rôtie, les lèvres fuligineuses, puis apparaissent de petites hémorragies multiples ; bien que cliniquement, nous n'ayons pas ou peu de signes méningés, l'examen du liquide céphalo-rachidien décèlera alors une atteinte des méninges. Comme il est classique de dire d'après Dopter qu'il n'y a pas de méningite cérébro-spinale sans rhino-pharyngite à méningococque ; nous pensons également qu'il n'y a pas de délire aigu sans rhino-pharyngite ; l'infection méningée se ferait donc par le même processus.

Cette dernière phase méningitique aurait une évolution beaucoup plus rapide que la précédente, mais ne se termine pas toujours par la mort, comme semble le prouver le cas observé par MM. Dupouy, Courtois et Dublineau, et d'autres cas que nous avons observés, mais dans lesquels nous n'avions pas fait de ponctions lombaires répétées pour pouvoir affirmer l'atteinte des méninges, mais où cependant nous avons observé la dissociation du pouls et de la température.

Nous irons plus loin, et nous émettons l'hypothèse qu'elle peut, également, s'arrêter à la forme encéphalitique ; prendre une forme traînante, c'est ce qui nous expliquerait tous ces cas d'excitation psycho-motrice plus ou moins fébriles, ou ces confusions fébriles sans agitation que nous avons maintes fois observées et qui parfois, après une période de rémission plus ou moins longue, peuvent se terminer par la phase méningitique, laquelle peut également laisser des séquelles graves avec déficit intellectuel (Docteur Trénel (2), obs. VI).

On pourrait nous objecter la présence presque constante des règles dans le délire aigu, mais le délire aigu ou encéphalite épidémique n'est-il pas une maladie s'accompagnant de phénomènes

congestifs, comme ont pu le montrer diverses autopsies ? En plus de la coïncidence, possible au moment de la période menstruelle, cette période peut bien se trouver avancée du fait de la maladie.

Et pourquoi cette plus grande fréquence signalée chez la femme ? En plus de la susceptibilité possible de la femme, n'avons-nous pas observé chez des hommes des cas semblables que, faute d'étiquette, nous avons appelé méningite tuberculeuse et combien de cas ont été classés parmi les délires alcooliques ou urémiques ?

Traitement. — Nous pensons actuellement, qu'en plus du traitement symptomatique et anti-infectieux, il serait indiqué de répéter les ponctions lombaires, après chaque P. L., nos malades ayant présenté une chute de la température. De pratiquer l'antisepsie buccale et rhino-pharyngée, d'employer les stimulants généraux de la nutrition, l'extrait d'opium, les injections de pantopon, de strychnine, et surtout comme l'a indiqué M. Trénel, d'alimenter les malades à la sonde lorsqu'ils ne s'alimentent pas suffisamment, et si le malade a des spasmes qui s'accompagnent de rejet des aliments, n'introduire le lait qu'après avoir fait des lavages de l'estomac, jusqu'à ce que le phénomène spasmodique soit arrêté.

BIBLIOGRAPHIE

1. P. SCHIFF et C. POUFFARY. — Sur l'emploi du salicylate de soude par la voie rachidienne (*Société de Psychiatrie*, 21 Juin 1928).
2. TRENEL. — Quelques observations sur le délire aigu (*Paris médical*, 27 Septembre 1930).
3. TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS. — L'encéphalite psychosique azotémique (*Presse médicale*, n° 30, p. 497, 12 avril 1930).
4. TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS. — Les encéphalites psychosiques secondaires (*Presse médicale*, n° 26, 1^{er} Avril 1931).
5. DUPOUY, COURTOIS, DUBLINEAU. — Réaction méningée humorale au cours de confusion fébrile (*Société de Médecine Mentale*, 20 janvier 1930).
6. COURTOIS et Mlle RUSSEL. — Note sur la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës (*Société de Médecine Mentale*, n° 5-67, 1929).
7. COURTOIS. — De la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës (*Société de biologie*, séance du 13 avril 1929, Tome C, p. 1002).
- TOULOUSE, MARCHAND et SCHIFF. — Les encéphalites psychosiques (*Encéphale*, mai 1929).
- TARGOWLA. — Azotémie et troubles mentaux (*La Presse Médicale*, 16 avril 1924, p. 336).

M. DUPOUY. — Aucune assimilation ne saurait être faite entre le délire aigu et l'encéphalite épidémique. Le premier a toujours existé, Briand lui a consacré sa thèse de doctorat. Il ne s'accompagne d'aucun signe neurologique parkinsonien ou autre. Il ne laisse aucune séquelle quand il guérit. L'encéphalite épidémique a apparu lors de la fameuse épidémie de 1918 ; elle s'accompagne de troubles neurologiques divers laissant des séquelles indélébiles à présent : diplopie, somnolence, symptômes parkinsoniens. Ni cliniquement, ni étiologiquement, on ne peut trouver de rapports entre ces deux psychoses qui sont des encéphalites, mais de nature différente.

M. PETIT. — Les analogies cliniques qui unissent, — comme dans l'observation si intéressante rapportée par M. Pouffary, — le délire aigu à certaines formes d'encéphalite dite épidémique, nous paraissent appeler maintes remarques qui ne plaident pas en faveur des objections présentées par M. Dupouy.

Nous avons nous-même présenté à la Société médico-psychologique, en juin 1920, 9 cas de délire aigu à symptômes méso-céphaliques observés, à l'asile de Bourges, de janvier 1919 à juin 1920, sur un total de 110 admissions féminines. Cette proportion considérable de plus de 8 0/0 de cas de délire aigu était de beaucoup supérieure au chiffre moyen de 1,89 0/0, que nous avions relevé au cours des années précédentes (ce dernier taux se rapprochant d'ailleurs sensiblement du chiffre de 1,75 0/0 que Ch. Ladame, de Genève, avait noté dans sa statistique des cas de délire aigu observés à Bel-Air, de 1901 à 1912, et qui portait sur plus de 3.000 malades). Nous en avons tiré la conclusion que cette élévation si importante des cas de délire aigu, coïncidant avec l'épidémie parallèle d'encéphalite dite léthargique, dont nous observions concurremment un grand nombre de cas, était due à la même étiologie. D'autant que les deux seules malades ayant survécu avaient été retrouvées par nous, quelques années plus tard, atteintes de syndromes parkinsoniens tout à fait caractéristiques.

D'autre part, une étude parallèle de la littérature médicale concernant le délire aigu et les épidémies antérieures d'encéphalite léthargique, nous avait permis de retrouver des analogies cliniques tout à fait frappantes (sommolence, myoclonies, tremblements, troubles cérébelleux, parésies, etc.), dans les descriptions faites par les vieux auteurs de ces deux formes nosologiques.

Nous estimions donc que ces analogies symptomatiques nom-

breuses justifiaient, sinon une assimilation tout à fait complète de ces deux groupes de faits, tout au moins des rapprochements étiologiques qui, dans les cas considérés, nous semblaient assez impressionnants.

M. Ach. DELMAS. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Dupouy, délire aigu et encéphalite épidémique ne sauraient aucunement être assimilés. Le pronostic du délire aigu depuis une quinzaine d'années s'est beaucoup amélioré par la thérapeutique des bains chauds. J'en ai au moins 2 par an qui guérissent et jamais ils n'ont de séquelle parkinsonienne.

M. DUPOUY. — Nous avons, à l'admission, avec Magnan, suivi l'évolution de nombreux délires aigus, puisqu'il les gardait dans son service, jamais nous n'avons vu de parkinsonisme. De même, avant l'épidémie d'encéphalite, jamais un enfant n'était atteint de parkinsonisme, alors que c'est monnaie courante aujourd'hui. Cela prouve la spécificité de l'action de l'encéphalite épidémique dans l'éclosion de ce syndrome.

M. René CHARPENTIER. — Le délire aigu est un syndrome toxique infectieux et peut apparaître au cours d'infections diverses parmi lesquelles l'encéphalite épidémique.

M. MARCHAND. — Je ne puis admettre non plus que le délire aigu soit toujours une forme d'encéphalite épidémique. On peut voir le délire aigu survenir au cours de tous les troubles mentaux toxico-infectieux, quels qu'ils soient, primitifs ou secondaires à des maladies microbiennes déterminées, telles qu'érysipèle, typhoïde, fièvre puerpérale, etc., ou à d'autres maladies nullement microbiennes telle que le rhumatisme articulaire aigu.

M. POUFFARY. — Ce sont les réactions du liquide céphalo-rachidien qui m'ont fait conclure à l'assimilation.

M. MARCHAND. — Les réactions humorales ne peuvent pas être un critérium, car il se peut qu'elles ne soient pas modifiées.

M. PETIT. — Nous ne saurions contester qu'il existe des cas de délire aigu qui guérissent sans aboutir au parkinsonisme. Mais on peut observer, également, des cas incontestables d'encéphalite épidémique qui ne se jugent pas par le syndrome parkinsonien.

Phénomènes d'inversion sexuelle ou d'intersexualité psychique et somatique, en rapport avec des altérations de la région infundibulo-hypophysaire, par C. I. PARHON (professeur à l'Université de Jassy, Roumanie).

Il est à peine besoin de rappeler aujourd'hui les étroites relations qui unissent les fonctions génitales avec la région infundibulo-hypophysaire et les troubles de ces fonctions avec les altérations de l'hypophyse ou du système nerveux de voisinage.

Nous citerons à ce propos le rôle stimulant du lobe antérieur de l'hypophyse sur la maturation sexuelle, la présence d'un infantilisme hypophysaire, la dystrophie adipo-génitale ainsi que les troubles génitaux d'ordre hyper ou hypofonctionnel qu'on observe chez les géants ou les acromégales.

Dans la présente communication, nous voulons attirer l'attention surtout sur les cas dans lesquels sont observés des phénomènes d'hétéro-sexualité, d'inversion sexuelle, ou si l'on veut employer l'expression de Marañon, d'inter-sexualité chez des malades atteints de lésions de la susdite région ou présentant des symptômes hypophysaires.

Notre attention était déjà fixée sur ce point par la connaissance de quelques faits de la littérature médicale.

C'est ainsi que Hutschinson (1) avait relaté un cas d'acromégalogigantisme chez une femme dont le clitoris était hypertrophié et d'aspect péniforme. J'ai relaté, il y a déjà longtemps, l'observation d'un géant atteint de gynecomastie (2), Roth (3), Marañon ont vu la gynecomastie dans des cas d'acromégalie et on peut rencontrer le même phénomène au cours du syndrome adipo-génital. Marañon a pu observer trois pareils cas. D'autre part, Dallif et Zunewski ont présenté récemment à la Société de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie de Jassy, un individu atteint d'obésité cérébrale ou hypophysaire et en outre de gynékomastie.

J'ai relaté en outre avec Mmes Charlotte Dallif et Zoë Caraman (4) l'observation d'une femme atteinte de virilisme pileaire

(1) HUTSCHINSON. — Etudes biologiques sur les géants. *American Journ. of med. sciences*, août 1895, p. 190, cité d'après Launoy et Roy, Paris, Masson, 1904.

(2) C. I. PARHON. — *Cercetari asupra glandelor en secretin ne interna in rapostue les cupatologia mentala*. Bucarest, 1910.

(3) ROTH, cité par Y. MARAÑON. — *Los estados intersexuales*. Madrid, Morata, 1929.

(4) C. I. PARHON, Charlotte BALLIF et Zoë CARAMAN. — Etude anatomoclinique d'un cas de virilisme pileaire. *Rev. française d'Endocrinologie*, T. III, n° 3, 1925.

et dont les principales altérations siégeaient dans la région infundibulo-hypophysaire.

Mais d'autres faits ont attiré également mon attention sur le côté psychique du même problème.

C'est ainsi que j'ai pu observer dans mon ancien service de l'hôpital Socola, un jeune étudiant atteint de manie avec délire érotique de type homosexuel. Il s'appelait lui-même une « dame turque ». Nous avons appris ensuite qu'il avait pratiqué des rapports homosexuels au cours desquels il avait joué le rôle de femme.

Or, ce malade, dont l'observation fut relatée par Popa-Radu (1), présentait une conformation somatique acromégaloïde des plus accentuées. Il présentait en outre aussi une hypertrophie des glandes mammaires.

Un frère de ce malade présentait également au point de vue de la constitution somatique un coefficient hyperhypophysaire (constitution de type plutôt athlétique). Son écriture présentait des caractères féminins si accentués que je l'ai considéré à plusieurs reprises comme une écriture féminine.

J'ai appris récemment que ce jeune homme a eu deux procès pour des attentats à la morale publique. Il aurait voulu, lui aussi, jouer le rôle de femme.

En outre, se trouvant aux bains publics, où il s'est fait masser, il voulut tenir pendant ce temps, dans sa main, le membre viril du masseur.

Dans le même ordre d'idées, j'ai observé, plus récemment encore, dans mon cabinet de consultations, un jeune homme atteint de gigantisme sans modifications évidentes des caractères sexuels secondaires somatiques.

Pourtant il était très lié à un jeune homme marié, avec lequel il pratiquait des rapports homosexuels. Il semble bien qu'il ne jouait que le rôle de femme. Ce dernier, en voulant lui faire l'éducation virile lui offrit dans ce but sa propre femme. Le jeune géant réussit à accomplir l'acte sexuel avec la femme de son ami et en la présence de ce dernier. Mais plus tard, se trouvant seul avec la même femme, l'échec fut par contre complet.

Il nous avoua que la première réussite était due à la présence de son ami qui avait servi pour lui d'excitant psychosexuel spécifique.

(1) POPA-RADU. — Delir de imaginatie la un hipomaniac invertit sexual. *Boletinel asociatiei psihiatrilor din Romania*, Iasi, 1922, Anul I, n° 1.

Dans la littérature médicale, qui nous fut accessible, nous n'avons pu trouver à citer, à propos des relations des phénomènes d'inversion psychosexuelle avec les altérations des fonctions hypophysaires que le récent livre de Marañon (1), dans lequel il affirme que selon son expérience, l'homosexualité masculine se trouve fréquemment chez des individus de taille démesurée, de proportions eunuchoïdes ou franchement gigantesques et il ajoute que les auteurs n'attirent pas suffisamment l'attention sur ce fait.

Il cite en outre le cas de l'écrivain homosexuel, Oscar Wilde, qui présentait au point de vue somatique des phénomènes d'acromégalogigantisme.

Les faits que nous venons de mentionner montrent d'une façon incontestable que des phénomènes d'inversion sexuelle ou d'hétérosexualité non seulement somatique, mais également psychique peuvent se trouver étroitement liés à des troubles hypophysaires ou de la région nerveuse, voisine de la base du cerveau.

On doit vraisemblablement expliquer de cette façon les phénomènes d'inversion psychosexuelle qu'on a pu observer à la suite des traumatismes de la tête.

Ces traumatismes ne conduisent d'ailleurs pas seulement à l'inversion, mais aussi à d'autres impulsions sexuelles. Un individu que j'ai pu observer et qui avait souffert un fort traumatisme de la tête avait violé plus tard sa propre fille.

Ajoutons enfin que les altérations de la région hypophysaire peuvent déterminer une dissociation des différentes fonctions en rapport avec l'appareil génital.

J'ai relaté avec Mme Cernautzeam Ovustein (2) une observation du service de mon regretté collègue, le Prof. Démètre Jonnesco, et concernant une jeune fille atteinte d'une tumeur de l'hypophyse. Malgré le développement tout à fait normal de la glande mammaire, la malade était aménorrhéique.

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire des Séances,

Paul COURBON.

(1) G. MARAÑON. — *Los estados intersexuales en la especie humana*. Madrid, 1929, p. 131.

(2) C. I. PARHON et Emilie CERNAUTZEAM-OVUSTEIN. — Sur un cas d'infantilisme hypophysaire, etc. *Rev. française d'Endocrinologie*, Tome V, 1927, p. 162.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 Mai 1931

Présidence : M. BAUDOUIN, président

Spasme de torsion et crises douloureuses au niveau d'un bras chez une tabétique, par M. Gustave Roussy et Mlle Gabrielle Lévy.

M. Gustave Roussy et Mlle Gabrielle Lévy rapportent l'observation d'une tabétique qui présente un spasme de torsion du bras gauche, avec des phénomènes douloureux paroxystiques au niveau de ce bras.

Ils insistent sur les caractères de ce trouble moteur qui coïncide avec d'autres mouvements involontaires. Ils discutent la pathogénie de ce trouble, ainsi que celle des troubles sensitifs et ils pensent que seule une lésion du noyau rouge et de la région sous-optique peut expliquer cette étrange symptomatologie.

Tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux, par MM. Georges GUILLAIN, P. SCHMITTE et I. BERTRAND.

Les auteurs rapportent une observation dans laquelle un ensemble de signes cliniques, bien que légers, permettait de penser à des tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux. L'autopsie confirma le diagnostic. Les tumeurs étaient du type des fibro-gliomes. Ces deux tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux trouvées à l'autopsie ne s'accompagnaient d'aucune autre tumeur sur les nerfs craniens ou sur les racines rachidiennes, ni d'aucune manifestation de la neuro-fibromatose généralisée.

Artérite basse de la vertébrale et lésion du bulbe,
par M. J.-A. BARRÉ (de Strasbourg).

L'auteur présente une pièce anatomique qui montre une artère vertébrale très fortement lésée dans la partie rectiligne de son trajet cervical, puis très allongée, et plusieurs fois coudée, à angle aigu dans la partie haute de son trajet osseux.

Les artères vertébrales sont au contraire tout à fait normales et souples dans leur portion intra-rachidienne.

L'auteur insiste sur l'utilité de penser à ces *lésions vasculaires à distance* de la zone du névraxe qu'elles nourrissent. Ces lésions vasculaires à distance peuvent expliquer de nombreux syndromes nerveux bulbaires, en particulier les sclérose dites « primitives ». Dans certains cas, elles peuvent être secondaires à une ischémie progressive d'origine vasculaire à distance.

Syndrome infundibulaire d'origine syphilitique,
par MM. J. LHERMITTE et N. KYRIACO.

Les auteurs rapportent le cas d'une malade âgée de 37 ans chez laquelle depuis deux ans sont apparus des phénomènes très caractéristiques du syndrome infundibulaire : aménorrhée, polyurie, polydipsie, adiposité monstrueuse, somnolence, troubles du caractère et de l'humeur. La radiographie montre une selle turcique normale. Il s'agit ici d'une altération infundibulaire tubérienne. Les réactions sanguines et du liquide céphalo-rachidien sont fortement positives et seule la syphilis peut être incriminée.

Tumeur du lobe frontal opérée et guérie. Des erreurs de localisation que peuvent entraîner certaines attitudes anormales de la tête, par MM. C. VINCENT et DARQUIER.

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade qui, pendant une grossesse, présenta des symptômes d'hypertension intracrânienne. En raison d'une hyperflexion de la tête et en dehors de tout autre signe net de localisation on pensa d'abord à une localisation de la néoplasie au niveau du quatrième ventricule. Une ventriculographie pratiquée le matin même de l'intervention chirurgicale montre l'effacement de la corne frontale gauche. Il s'agit d'une tumeur du lobe frontal astracitaire. Les suites de l'opération furent normales. Guérison actuelle.

Un cas d'encéphalite accompagnée de paraplégie au décours d'une fièvre typhoïde ostréaire chez un vacciné, par MM. HILLEMANT et MÉZARD.

Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans atteinte d'une fièvre typhoïde qui, 43 jours après le début de la maladie, présenta de gros troubles de la mémoire et une paraplégie. Tous ces phénomènes ont rétrogradé sauf les troubles de la mémoire.

A ce propos, les auteurs se demandent s'il s'agit d'une encéphalite typhique véritable ou d'une maladie seconde développée à la faveur de la typhoïde.

Médullo-épithéliome du lobule para-central,
par MM. CROUZON, PETIT-DUTAILLIS, BERTHARD et CHRISTOPHE.

Les auteurs présentent une malade chez laquelle, après plusieurs crises jacksoniennes, apparut une monoplégie crurale dissociée d'origine corticale. L'intervention découvrit une tumeur gliomateuse du lobule paracentral droit du type médullo-épithéliome. L'extirpation fut suivie d'une amélioration des troubles moteurs.

Action variable de la picrotoxine sur certaines hypertopies,
par MM. CHAVANY et THIÉBAUT.

Dans une première série d'observations des auteurs, la picrotoxine, administrée à la dose de 1/2 à 2 milligrammes, à des parkinsoniens, augmenta la contracture. Dans un cas de spasme de torsion post-encéphalitique le même médicament diminua la contracture. Ces résultats contradictoires sont à rapprocher de ceux obtenus par Froment avec la strychnine.

Spondylolisthésis avec atteinte des articulations coxo-fémorales, modifications des réflexes tendineux des membres inférieurs, par MM. André THOMAS et H. SCHEFFER.

La radiographie d'un malade de 51 ans montre le glissement en avant de la cinquième vertèbre lombaire sur le sacrum. Les réflexes achilléens sont abolis, les rotuliens diminués. Il est permis de se demander si l'abolition des réflexes tendineux n'est pas due à un tiraillement des racines lombo-sacrées, lié à une déformation vertébrale ou s'il relève d'une cause morbide indépendante de cette dernière.

A propos de sept cas d'arachnoïdite opto-chiasmatique,
par MM. CL. VINCENT, E. PUECH et M. DAVID.

Les auteurs rapportent les observations de sept malades opérés par eux pour arachnoïdite opto-chiasmatique.

Au point de vue clinique, ils insistent sur les symptômes qui, dans un certain nombre de cas, leur permettent, avant l'intervention, de différencier les arachnoïdites opto-chiasmatiques des tumeurs de la région.

Au point de vue thérapeutique, l'intervention chirurgicale doit être actuellement tentée. Sur sept malades opérés, trois ont été notablement améliorés, trois sont restés stationnaires; le dernier a continué à évoluer.

Au point de vue anatomique et pathogénique, les auteurs pensent que l'arachnoïdite opto-chiasmatique n'est pas ordinairement une manifestation isolée. Elle accompagne d'habitude une infection atténuée de la région et s'apparente ainsi à certaines formes de la sclérose en plaques, d'encéphalite, d'infections nodulaires encore mal classées.

P. LARIVIÈRE.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 30 Mai 1931

Présidence de M. HOVEN

Obnubilation intellectuelle complète, retardée et prolongée pendant plusieurs années, suite de commotion ; fugue pathologique, par M. LEROY.

L'auteur relate le cas d'un homme de 29 ans qui, après avoir subi en 1915 une commotion cérébrale grave, présenta deux ans après un état d'obnubilation mentale complète avec troubles pyramidaux. Il menait une vie purement végétative, et cet état, au cours duquel le malade fit une fugue pathologique, dura plusieurs années.

Syndrome paranoïde survenu chez un paralytique général à la suite d'érisypèle, au cours d'une rémission post-malarique, par M. DE Vos.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, atteint de paralysie générale à forme catatonique, qui s'améliora considérablement à la suite de la cure malarique. Après plusieurs mois, en pleine rémission, il fit un érysipèle, rapidement suivi d'un retour à l'état démentiel avec mégalomanie absurde. Les troubles mentaux prirent ensuite la forme d'un délire de persécution d'allure paranoïde.

Paralysie générale et psychose syphilitique, par M. Ch. MASSANT.

Une femme de 30 ans a fait, il y a quelques années, des troubles mentaux d'allure paranoïde avec idées de persécution à teinte érotique et mystique.

Il y a quelques mois, le même syndrome a réapparu. Aucun symptôme mental ou physique ne rappelle la paralysie générale. Cependant, le liquide céphalo-rachidien présente des réactions syphilitiques classiques de cette affection. L'auteur pose la question du diagnostic différentiel avec la paralysie générale et du rôle étiologique possible de la syphilis dans les psychoses.

J. LEY.

Société belge de Neurologie

Séance du 30 Mai 1931

Présidence de M. MARCHAL

Trois cas de gliome frontal, par MM. DIVRY et CHRISTOPHE.

Les auteurs relatent trois cas de tumeurs cérébrales à symptomatologie très analogue, dont l'une — un spongioblastome — intéressait uniquement le lobe frontal, tandis que les autres — un astrocytome fibrillaire et un spongioblastome — s'étendaient au lobe temporal. Ils insistent sur l'importance de la bradypsychie et de la parésie faciale dans la symptomatologie des lésions néoplasiques de ces régions, et sur l'importance primordiale de l'examen clinique dans le diagnostic de localisation. Dans le premier cas, en effet, la radiographie montrait une image de destruction des clinoides postérieures.

Dans les trois cas, les résultats opératoires immédiats furent excellents, mais deux d'entre eux firent une récidue. Les auteurs émettent le vœu de voir les résultats éloignés plus fréquemment communiqués dans les observations concernant les interventions pour tumeurs cérébrales.

Syndrome de sclérose latérale et traumatisme, par M. L. VAN BOGAERT.

L'auteur présente un jeune malade de 22 ans, ouvrier verrier qui, à la suite de brûlures répétées de la paume des mains, vit se développer une rétraction en griffe des mains, avec amyotrophies s'étendant aux avant-bras, secousses fibrillaires, abolition des réflexes tendineux, signes pyramidaux et démarche légèrement spasmodique. Vu l'absence de troubles sensitifs et algiques, l'auteur pose la question du diagnostic, principalement avec la névrite ascendante, et celle du point de vue médico-légal en ce qui concerne le rôle qu'il faut attribuer au traumatisme.

Etude hydrodynamique de l'obstruction incomplète du canal rachidien au moyen du manomètre de Ayer, par M. J. DE BUSSCHER.

L'auteur présente l'appareil manométrique de Ayer pour la mesure directe de la tension du liquide céphalo-rachidien, et montre comment on peut, par l'emploi de plusieurs de ces appareils, placés à divers niveaux du sac arachnoïdal, et par une véritable épreuve des vases communicants, diagnostiquer les obstructions incomplètes du canal rachidien.

Oblitération embolique totale de l'artère sylvienne sans ramollissement en aval ; reperméation du thrombus. Les « artères terminales » du cerveau, par M. J. LEY.

Il s'agit d'une femme de 58 ans, atteinte d'endocardite chronique verruqueuse et de ramollissements cérébraux multiples, chez laquelle l'examen anatomique a révélé une oblitération totale ancienne de l'artère sylvienne postérieure avec intégrité de son territoire, tandis que les nombreuses lésions d'encéphalomalacie siègent dans des territoires dont les artères principales n'étaient pas oblitérées. L'auteur montre le rôle fonctionnel important des anastomoses entre les territoires vasculaires cérébraux, et signale les travaux anatomiques récents qui ont démontré qu'il n'existe dans le cerveau aucune artère terminale.

J. LEY.

Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone

Séance du 23 mai 1931

Présidence : Dr J. CORDOBA, président.

Un cas de syndrome adipo-génital d'origine non tumorale,
par MM. B. RODRÍGUEZ-ARIAS et J. JUNCOSA (de Barcelone).

Présentation d'un enfant de douze ans, né au 7^e mois de la grossesse, débile mental, très instable de caractère, lequel a souffert seulement, jusqu'à présent, d'une rougeole (4 ans) et d'une période de céphalée (9 ans). Dès ce moment, syndrome adipo-génital ou de Fröhlich typique (obésité assez importante, surtout à l'abdomen et à la région lombaire, et énorme infantilisme génital). Nanisme. Signes de tumeur hypophysaire absolument négatifs. Selle turcique d'aspect normal ou peut-être un peu diminuée de volume. Polyurie courante de 1 litre. Epreuves de la glycosurie alimentaire et de l'injection d'extrait hypophysaire normales. Epreuves de l'extrait antérieur donnant des résultats au-dessous de la normale. Métabolisme basal de — 12. Rien de spécial au point de vue des dents et du poil. Symptomatologie humorale (sang et liquide céphalo-rachidien) négative.

On ne peut pas penser à un processus cérébral (tumeur hypophysaire, surtout) ou à une syphilis. Il faut admettre, uniquement, une étiologie post-infectieuse (rougeole), endocrine (complexus génital, thyroïdien et hypophysaire) ou bien hypoplasique (lésion primitive du lobe postérieur). Le problème clinique de nature est difficile à résoudre, mais les hypothèses les

plus vraisemblables sont l'existence d'une lésion hypoplasique (selle turcique plutôt petite) ou d'une néoplasie latente (période de céphalées à 9 ans.)

Paralysie bilatérale laryngée et mains d'Aran-Duchenne chez un tuberculeux pulmonaire, par M. R. SARRÓ (de Barcelone).

Présentation d'un malade de 35 ans, sans aucun antécédent de famille intéressant, mais une histoire personnelle de bronchites assez fréquentes et d'abus de tabac. Tuberculose fibreuse des poumons. Il y a deux ans, sensation d'asphyxie et respiration striduleuse, qui déterminent une altération du sommeil. Paralysie bilatérale typique à l'examen laryngoscopique. Radioscopie du médiastin négative. Atrophie bilatérale des mains (éminence thénar), plus prononcée à droite. Réflexes plutôt vifs. Pas de troubles de la sensibilité, ni signe de Babinski. Pas d'excitabilité électrique des muscles de la région thénarienne : légère réaction de dégénérescence des adducteurs. Sang et liquide céphalo-rachidien négatifs.

La paralysie laryngée étant stationnaire depuis deux ans et consécutive, après un an de maladie, à l'atrophie des mains, la localisation bulbaire est douteuse. Une sclérose latérale amyotrophique ne paraît pas probable. Des foyers de poliomyélite de la moelle cervicale, peut-être de nature tuberculeuse sont, par contre, assez probables. L'application d'un traitement anti-tuberculeux orienterait-il le diagnostic ?

Valeur des épreuves mentales en Psychiatrie, par M. E. MIRA (de Barcelone).

O. Lipmann et Kræpelin étudiaient, il y a déjà longtemps, les soi-disant « réactifs psychiques », puisque l'interrogatoire clinique et l'exploration psychiatrique courant pouvaient être complétés par l'utilisation des épreuves mentales ou « tests ». Aujourd'hui, il est désirable que les psychiatres ne négligent pas l'application à la plupart des malades mentaux de la méthode des « réactifs psychologiques », qui doit être apprise sous la direction d'un technicien-psychologue compétent. Mais les « tests » n'arrivent jamais à constituer, exception faite des cas de déficit psychique congénital et important, un moyen de diagnostic et de pronostic, ils ne donnent qu'un terme de comparaison, qui permet d'évaluer les fonctions mentales dans le présent. En outre, l'emploi des épreuves mentales nécessite une interprétation semblable à celles des réactions de laboratoire. Enfin, il faut retenir que les psycho-techniciens essaient plutôt de connaître la partie normale du sujet, tandis que les psychiatres explorent l'autre partie, l'anormale. L'ensemble de ces moyens facilite le diagnostic et le pronostic.

L'auteur recommande, au point de vue des détails, le travail du professeur C.E. Spearman : « The psychiatric use of the methods and results of experimental Psychology ».

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.



ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEUROLOGIE

Etudes neurologiques. Quatrième série, par MM. Georges GUILLAIN et Th. ALAJOUANINE. (1 vol. in-8°, 454 pages, 119 fig., Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1930).

MM. Georges Guillaïn et Th. Alajouanine ont réuni dans ce quatrième volume un ensemble de travaux poursuivis pendant les années précédentes à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Sous le nom de *réflexe médio-pubien*, ces auteurs décrivent d'abord un nouveau réflexe périosté permettant une localisation des lésions médullaires dorsales basses. La valeur localisatrice du réflexe médio-pubien est double, suivant qu'il est totalement aboli ou qu'il est dissocié dans ses réponses supérieure et inférieure, ce dernier cas permettant une localisation plus précise au niveau de la région dorsale inférieure.

Ce volume contient également un important travail sur le *syndrome du carrefour hypothalamique* (hémiparésie légère, absence de douleurs spontanées, existence de troubles sensitifs objectifs variables, mouvements involontaires avec attitude anormale de la main, troubles cérébelleux, hémianopsie), syndrome dont les éléments peuvent se trouver isolés à l'état pur ou se trouver associés à certains éléments propres au syndrome thalamique et plus rarement à une lésion de la partie supérieure du noyau rouge.

Signalons encore, puisque tout ne peut être cité ici, les travaux sur la *valeur diagnostique de l'abolition du réflexe cornéen dans les syndromes corticaux*, le *métabolisme basal des malades atteints de tumeurs cérébrales*, la *valeur diagnostique de l'épilepsie jacksonienne provoquée par l'hyperpnée expérimentale*, l'*expression clinique des ossifications et calcifications de la faux du cerveau*, une *forme anatomoclinique spéciale de neuro-myélite optique nécrotique aiguë avec crises toniques tétanoïdes*, la *forme aiguë de la sclérose en plaques*, la *somnolence dans la sclérose en plaques*, le *syndrome paralytique unilatéral global des nerfs crâniens*, la *forme myasthénique de l'encéphalite prolongée*, un *type spécial de paraplégie spasmodique familiale*, etc., etc...

Cet important recueil et les trois précédents constituent de riches archives de faits neurologiques clairement exposés et soigneusement illustrés.

René CHARPENTIER.

Techniques histologiques de neuropathologie, par M. Ivan BERTRAND.
Préface du Professeur Georges GUILLAIN (1 vol. in-8°, 376 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1930).

Ce livre est un répertoire des techniques servant actuellement à l'examen histologique du système nerveux, mais c'est un répertoire critique dans lequel M. Ivan Bertrand ne se borne pas à une brève exposition de quelques méthodes destinées à la pratique courante. Les méthodes choisies, groupées et décrites par l'auteur ont toutes été contrôlées par lui au laboratoire de la Clinique Charcot qu'il dirige. C'est donc un livre critique et essentiellement personnel, et qui contient, en particulier, les importantes recherches de M. Ivan Bertrand sur la cytologie nerveuse en lumière infra-rouge.

Après des généralités sur l'orientation des recherches, l'autopsie des centres nerveux et leur examen macroscopique, le prélèvement, la fixation et l'inclusion des fragments, les colorations nucléaires et les images d'ensemble, l'auteur expose successivement les méthodes cytologiques, myéliniques, neurofibrillaires, névrogliales, les méthodes pour la microglie et l'oligodendrogliose, le tissu conjonctif, les produits de désintégration, les nerfs périphériques et les recherches bactériologiques.

Ainsi que l'écrit dans la préface de ce livre le Professeur G. Guillain, M. Ivan Bertrand a rendu un inappréciable service aux travailleurs en groupant d'une façon claire et méthodique toutes les techniques les plus modernes d'examen du système nerveux. Ce sont les investigations poursuivies dans les laboratoires avec leurs techniques spéciales qui permettront, en particulier, les études si importantes sur les maladies infectieuses du névaxe dues au virus ou aux ultra-virus.

René CHARPENTIER.

L'évolution de la syphilis du système nerveux et de ses enveloppes, par J. S. PATRIKIOS (1 vol. in-8°, 230 pages, Editions médicales, Paris, 1930).

Travail basé sur quatre mille cas suivis cliniquement et sérologiquement à l'Institut Prophylactique de Paris. L'auteur cherche surtout à mettre en valeur l'unité des manifestations de la syphilis nerveuse dont les éléments communs doivent être cherchés, selon lui, dans la longue période prémonitoire de méningite syphilitique pure, les modalités évolutives, l'influence du traitement spécifique sur cette évolution, et l'étude du liquide céphalo-rachidien au cours de cette évolution.

Les conclusions thérapeutiques de M. Patrikios sont qu'une syphilis diagnostiquée dès le chancre et traitée dès ce moment d'une façon régulière ne se complique pas d'infection méningo-nerveuse dans l'immense majorité des cas ; que le traitement de la méningite syphilitique doit se faire sous contrôle de la ponction lombaire tous les 6 ou 8 mois et que la réduction obtenue doit être soigneusement consolidée ; que cette prolongation du traitement est encore plus indispensable dans la syphilis du tissu nerveux. Dans la syphilis cérébrale et la paralysie générale, qui nécessitent le maximum d'intensité et de durée du traitement, l'emploi de la tryparsamide a donné à l'auteur des résultats « admirables » jamais obtenus avec les autres agents médicamenteux. « La malariothérapie, malgré les résultats fonctionnels qu'elle peut produire dans certains cas, ne paraît jamais amener à elle seule la guérison anatomique dont le premier témoignage est la réduction du liquide... Elle ne peut qu'être enclavée dans le long développement du traitement spécifique. » Enfin, une fois commencé le traitement

d'un foyer syphilitique, il ne faut jamais le cesser avant d'avoir obtenu et consolidé le résultat. Mieux vaudrait ne l'avoir jamais entrepris que de l'abandonner une fois commencé.

René CHARPENTIER.

Contribution clinique à la physiopathologie du système nerveux sympathique, par M. J. SÉBEK. 1 vol. 278 pages, Imprimerie de l'Etat, Prague.

Après une introduction historique sur la terminologie du système sympathique, l'auteur esquisse l'embryologie, l'anatomie et la physiologie du système orthosympathique et parasympathique, et consacre une étude toute spéciale aux centres sympathiques diencéphaliques. Dans la partie clinique, il rappelle les syndromes sympathiques locaux et expose l'antagonisme fonctionnel entre le système orthosympathique et parasympathique. Il passe en revue les méthodes d'investigation clinique : examens cliniques, réactions pharmacodynamiques, recherches biochimiques et étude des réflexes sympathiques.

Etant donné les divergences d'opinion sur ce qu'on appelle l'équilibre neuro-végétatif, M. Sebek, à la clinique neurologique du professeur Haskovec, de Prague, a étudié l'état fonctionnel de l'orthosympathique et du parasympathique au cours des maladies nerveuses, recherchant s'il existe un rapport entre les symptômes cliniques, notamment dans les maladies dites fonctionnelles, et l'état d'excitabilité du système sympathique.

Il a examiné, dans ce but, 263 malades et, à titre de contrôle, 17 sujets en bonne santé. Les méthodes employées en général jusqu'à présent, notamment les réactions pharmacodynamiques donnant des résultats d'une exactitude parfaite, l'auteur s'est servi, pour l'examen du sympathique, de l'étude des réflexes. Il a pris le réflexe oculo-cardiaque comme indicateur de l'excitabilité du parasympathique, et le réflexe solaire pour examiner le degré d'excitabilité de l'ortho-sympathique. L'examen a été fait chez tous les malades dans les mêmes conditions et les résultats enregistrés par le polygraphe Boulitte.

Sur les 280 individus examinés, il existait, il est vrai, dans la majorité des cas, un certain antagonisme entre le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire, mais dans 22 cas les deux réflexes étaient positifs et dans 28 négatifs. D'après cela, il n'est pas possible de parler en général d'un antagonisme absolu entre les deux réflexes mentionnés.

C'est ce que témoignent aussi les constatations faites par l'auteur en déclanchant en même temps le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire. La courbe résultant de cette excitation combinée aurait dû, s'il existait un antagonisme parfait entre les deux réflexes, montrer une moyenne arithmétique entre l'état antérieur de l'un et de l'autre réflexe, tels qu'ils apparaissaient avant l'excitation. Mais les expériences de l'auteur montrent l'absence évidente de toute espèce de formule régulière.

De même, il n'est pas possible de parler chez les individus sains de l'antagonisme parfait entre les deux réflexes.

D'autre part, l'auteur a trouvé certains rapports entre divers symptômes cliniques et l'état des réflexes sympathiques, indiquant différents degrés d'excitabilité du parasympathique et de l'orthosympathique dans diverses maladies nerveuses.

L'excitabilité du parasympathique et de l'orthosympathique a été trouvée normale dans les états neurasthéniques légers. Une hyperexcitabilité parasympathique s'est montrée dans les formes plus graves de neurasthé-

nies avec symptômes dépressifs, dans les neurasthénies sexuelles, dans la psychasthénie, dans des états dépressifs accentués, dans des cas d'épilepsie et de migraine avec accès fréquents, avant et au cours de l'accès, enfin dans les syndromes parkinsoniens encéphalitiques typiques, avec bradyphrénie et apathie allant jusqu'à la dépression.

Une hyperexcitabilité de l'orthosympathique s'est montrée dans les formes graves de la neurasthénie et de la psychasthénie avec symptômes d'agitation et d'irritation, dans l'épilepsie et la migraine avec accès rares et dans la période interparoxystique, dans l'hystérie, la syphilis et la métasyphilis et dans la sclérose en plaques.

L'auteur a trouvé une hyperexcitabilité de deux systèmes dans les cas de syndromes parkinsoniens encéphalitiques avec agitation psychomotrice et troubles trophiques marqués.

Les formes prolongées de neurasthénie, l'hémiplégie des artério-scléreux et les artério-scléroses non compliquées, se caractérisent par une diminution de l'excitabilité des deux systèmes.

Ce qui frappe dans ce schéma, c'est l'existence du réflexe oculo-cardiaque positif dans des états fonctionnels et organiques accompagnés de dépression psychique et, le fait que, en même temps que les symptômes de dépression s'effacent, le réflexe oculo-cardiaque s'efface aussi, tandis qu'il augmente avec leur exacerbation. D'autre part, il faut remarquer l'existence du réflexe solaire positif dans les états hyperémotifs, d'inquiétude, d'irritation et d'agitation psychomotrice, et le fait que l'irritabilité de l'orthosympathique se modifie parallèlement avec l'intensité de ces symptômes. Les modifications de l'excitabilité sympathique, par suite de l'application de certaines substances pharmacodynamiques, dans ces cas, étaient proportionnées aux modifications des symptômes psychiques.

Par conséquent, l'examen d'irritabilité sympathique montre ici un rapport proportionnel et direct de cette irritabilité avec l'excitabilité affective, psychique.

La parallèle existant entre l'état d'excitabilité sympathique dans les psychonévroses et dans les syndromes parkinsoniens encéphalitiques, la constatation analogue d'excitabilité psychique, l'influence des substances pharmacodynamiques sur ces deux phénomènes et sur le tonus musculaire dans le syndrome parkinsonien, tout cela indique que les deux phénomènes ont un substratum anatomique très voisin, sinon identique. Les centres sympathiques, affectifs et extra-pyramidaux, seraient donc localisés dans la même région du système nerveux central. Vu les constatations anatomo-pathologiques bien connues faites dans le syndrome parkinsonien encéphalitique, l'auteur n'hésite pas à localiser la cause des psychonévroses à la même partie du cerveau où l'on trouve les modifications encéphalitiques. Mais, tandis qu'il s'agit dans les encéphalites de troubles d'origine organique, on suppose dans les maladies fonctionnelles des troubles dynamiques, causées, d'une part, par l'insuffisance fonctionnelle des éléments cellulaires provenant de causes héréditaires, d'autre part, par des modifications biochimiques d'origine toxi-infectieuse, traumatique et émotionnelle. Les travaux de Haskovec concernant le centre psychique localisé dans la substance grise basale autour du troisième ventricule, trouvent ici leur explication biologique.

BIOLOGIE

Influences psychopathiques ancestrales, par A. MARIE. Préface du professeur Charles RICHET. 1 vol. 80 pages, *Editions médicales*, Paris, 1931.

Dans une forte synthèse, amplement nourrie par les données biologiques qu'il a pu établir, vérifier ou compléter au cours de sa longue et laborieuse carrière, A. Marie se propose de suivre le fil de l'hérédité de la cellule primitive à l'être humain dans toute sa complexité, à travers les diverses étapes de son ontogénèse.

Dès le premier stade, la science a tenté de trouver l'élément vivant fixateur des tendances spécifiques latentes et, quelles que soient les hypothèses envisagées, elle semble vouloir les localiser dans les particules des chromosomes.

Les cellules de l'œuf se spécialisent ; les anomalies de forme et de fond se transmettent pour tous les organismes suivant les lois de probabilités dégagées par Naudin et Mendel. Des facteurs accessoires viennent mutiler, hypertrophier, améliorer l'être en évolution. L'importance relative des influences déterminantes est à l'origine de toutes les discussions sur la valeur de l'hérédité. Les uns mettent celle-ci au premier plan. Les autres, au contraire, attribuent aux accidents ontogénétiques, — dystrophiques, toxiques ou infectieux —, un rôle capital dans l'avenir de l'individu.

Quoi qu'il en soit, ces facteurs divers déterminent le psychisme de chacun. Des lois identiques président aux hybridations psychologiques et à celles de la forme extérieure. De même qu'on a établi le bilan des anomalies physiques transmissibles, on a étudié les tares mentales prolongées, associées, dégradées dans la descendance des êtres humains.

On sait avec quelle ténacité A. Marie a poursuivi ses travaux sur l'étude comparative des pedigrees de familles d'aliénés, en particulier, sur la descendance des malades atteints de syphilis nerveuse. Dans sa préface, Charles Richet fait grief à l'auteur de n'avoir pas posé des conclusions assez fermes à son livre. L'importance capitale de l'hérédité psychologique devrait permettre l'application immédiate de principes d'eugénique, empêcher la reproduction des types tarés, favoriser les mariages assortis, cultiver l'éthique individuelle. Ces dogmes, dont Charles Richet est depuis longtemps l'ardent défenseur, ne peuvent cependant pas être admis dans l'état actuel de nos connaissances. Sans parler des conflits de la liberté individuelle et de l'intérêt scientifique, on peut invoquer que dans la généalogie d'individus supérieurs il y a inéluctablement des tares énormes, que la descendance des génies n'est pas très brillante. Tout à coup surgissent dans la suite des générations des supériorités variées et inexplicables. A. Marie conclut très prudemment qu'avant de songer à obtenir une sélection effective il faudra travailler beaucoup pour dégager, de l'observation de nombreux faits, les lois qui les régissent et qui sont loin d'être établies.

P. CARRETTE.

Over de bloedliquor-barriere en de beteekenis van hare doorlaatbaarheid voor de kliniek, par C. BAUMANN (Sur la barrière hémato-encéphalique et la signification de sa perméabilité en clinique). *Psychiatr. en Neurol. Bladen*, 19 0, vol. 33, p. 203-285.

Nos connaissances sur les échanges entre le sang et le liquide céphalo-rachidien, la production de ce liquide ne sont pas encore bien établies. Après avoir passé en revue les travaux essentiels concernant cette question,

l'auteur arrive aux conclusions suivantes : les échanges se font principalement dans le sens sang-liquide, mais il est probable qu'ils se produisent aussi dans le sens inverse, notamment au niveau des plexus. La « barrière » comprend trois endroits : les frontières : 1) entre les plexus et le liquide ; 2) entre les leptoméniges et le liquide ; 3) entre les capillaires du tissu cérébral et les espaces péricapillaires. La barrière n'est donc pas une entité anatomique, mais fonctionnelle.

Ces trois endroits interviennent dans la formation du liquide qui se rassemble finalement dans les espaces sous-arachnoïdiens. Celui qui provient du parenchyme, subit probablement des modifications avant d'y arriver. Les autres n'en subissent point. Il est erroné de vouloir, par le liquide lombaire, conclure à l'état d'un point donné de la barrière. Il ne constitue qu'une « eau de drainage » de tout le système. La concentration en brome par exemple est différente dans le liquide occipital et lombaire ; la perméabilité peut être différente pour divers produits. La perméabilité normale est encore difficile à déterminer. Les maladies nerveuses les plus diverses peuvent la modifier (maladies des lepto-méniges, des vaisseaux, des plexus).

L'auteur utilise la méthode au brome, de Walter, légèrement modifiée.

D'après ses déterminations, les valeurs normales du quotient de perméabilité sont situées entre $PQ = 2,7$ et $PQ = 3,5$. Quand la perméabilité augmente, le quotient diminue, et inversement. Les recherches de l'auteur ont porté sur de nombreux cas de maladies nerveuses et mentales variées (hystérie, psychopathie, cyclothymie, débilité, psychoses dégénératives, schizophrénie, syphilis et psychoses syphilitiques, artériosclérose cérébrale, sclérose en plaques, états post-encéphalitiques, alcoolisme, tumeurs cérébrales, etc.). Le détail de ses résultats est difficile à résumer et doit être lu dans le texte.

En ce qui concerne la schizophrénie, l'opinion d'après laquelle la perméabilité serait constamment diminuée dans cette affection, n'a pu être confirmée. Par contre, son augmentation dans la syphilis nerveuse est constante. L'auteur conclut que la signification pratique de la méthode est encore réduite, mais il entrevoit pour elle, dans l'avenir, une place importante parmi les méthodes de diagnostic clinique.

J. LEY.

PSYCHIATRIE

Les syndromes confusionnels dans les grands traumatismes craniens.
Etude clinique, anatomo-pathologique et médico-légale, par Pierre MASQUIN
(210 pages, Le François, édit., Thèse Paris, 1931).

Ouvrage très important et étude remarquable par son chapitre de revue générale se rapportant aux travaux et aux discussions liées à cette importante question, par l'exposé très personnel des recherches cliniques et anatomiques, enfin et surtout par des considérations médico-légales particulièrement utiles.

Dans la *première partie* de son travail, consacré à l'*étude clinique*, l'auteur montre que l'apparition d'un syndrome confusionnel chez un blessé ne présentant aucun antécédent mental, est la traduction d'une atteinte organique plus ou moins marquée qui, par ailleurs, peut se traduire dans certains cas par des signes neurologiques et liquidiens et que pourrait confir-

mer plus tard l'examen histologique. Ces confusions traumatiques ne sont parfois que le premier stade d'une série de troubles psychiques présentant toujours dans leur symptomatologie des signes d'ordre confusionnel plus ou moins marqués.

Il étudie tout d'abord les syndromes confusionnels aigus, puis les syndromes confusionnels chroniques, parmi lesquels il différencie les séquelles de gravité moyenne et les séquelles graves. Peut-être aurait-il pu développer plus longuement l'exposé de ces états intermédiaires entre la phase aiguë et la phase chronique qu'il appelle « symptômes résiduels », que nous avons décrits avec Pignède (*l'Encéphale*, 1930) et qui correspondent à la forme la plus légère de la chronicité. Mais il est une partie particulièrement intéressante et originale, c'est celle se rapportant aux réveils tardifs. « Théoriquement, écrit P. Masquin, il semble difficile d'affirmer qu'une séquelle psychique traumatique soit fixée comme on l'a souvent écrit, car même dans le cas de rémission, un réveil est toujours à craindre par la persistance d'un foyer latent que la clinique ne peut que rarement déceler et qui continue à évoluer à bas-bruit, procédant par à-coups et se traduisant alors par des épisodes confusionnels épisodiques et transitoires ou par une complication d'ordre chirurgical, ou bien, entraînant progressivement le blessé vers un état démentiel terminal. En réalité, ces réveils tardifs sont rares, et dans la grosse majorité des cas, l'évolution ultérieure se dessine vers la première et la seconde année ou même dans les mois qui suivent le traumatisme. »

Dans une *deuxième partie*, consacrée à l'étude anatomo-pathologique, P. Masquin envisage successivement le rôle de l'infection, le rôle de l'hémorragie, celui de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, celui enfin du traumatisme dont l'action peut être indirecte.

La *troisième partie* est entièrement consacrée aux *considérations médico-légales*. L'auteur montre toutes les difficultés que présentent dans ces cas les expertises civiles, militaires ou criminelles et combien surtout à la période de début il y a lieu de faire des réserves. Avec juste raison, il signale combien sont souvent mauvaises les conditions dans lesquelles se font ces expertises. Il demande que l'hospitalisation puisse toujours être exigée par l'aspect : « Condition nécessaire, dit-il, pour dépister la simulation et l'exagération, pour séparer le blessé du milieu familial, milieu de culture électif des névroses secondaires » et aussi, j'ajouterais, pour suspendre la possibilité de l'appoint éthylique qui déforme si souvent chez les blessés qu'on expertise la présentation clinique. Enfin P. Masquin souhaite qu'on applique aux accidents du travail et au droit criminel, les mêmes dispositions que celles que prévoit la loi militaire des pensions, en ce sens qu'une pension soit toujours révisible. Dans le cas des traumatismes crâniens, cette application serait particulièrement utile.

Paul ABÉLY.

Contribution à l'étude des psychoses syphilitiques. Etats d'excitation et syphilis, par SCHOENNAGEL. (1 brochure, 71 pages, Camille André, édit., Thèse Nancy, 1930).

Après avoir rappelé la fréquence de la syphilis héréditaire dans la psychose maniaco-dépressive, que J. Hamei et Lopez-Albo, dans leur rapport au Congrès de Barcelone, évaluent à 23,52 0/0 et la fréquence de la syphilis acquise dans la maniaco-dépressive que P. Marie trouve dans 17,46 0/0 des cas, l'auteur envisage les accès d'excitation au cours de la

période secondaire de la syphilis et décrit les symptômes habituels des états d'excitation dans la syphilis cérébrale. M. Schoennagel présente des cas de paralysie générale et de syphilis secondaire cérébrale apparaissant tardivement chez des intermittents. L'auteur fait ensuite un essai de classification des états d'excitation causés par la syphilis cérébrale.

Il étudie successivement, à l'aide d'observations, les accès d'excitation secondaires à des lésions localisées ou à des ictus, les accès d'excitation liés à la paralysie générale : les uns précurseurs de la paralysie générale ; les autres survenant au cours de paralysie générale atypique, caractérisés par des accès répétés d'excitation, séparés par des rémissions ou ayant une symptomatologie anormale ; enfin des états d'agitation persistante dans les formes stabilisées par la malariathérapie et il termine par les psychoses hallucinatoires avec excitation dues à la syphilis.

Le traitement de choix de toutes ces psychoses syphilitiques réside dans la malariathérapie suivie d'injections de Stovarsol ou d'un traitement mixte au Stovarsol-Bismuth qui a donné de bons résultats à E. Aubry, qui a inspiré cette thèse.

Maurice BEAUDOUIN.

MÉDECINE LÉGALE

Le crime passionnel, par LÉON RABINOWICZ. (1 vol. petit in-8°, 250 p. Marcel Rivière édit., Paris, 1931).

M. Rabinowicz, dont sont bien connus les ouvrages de criminologie, vient de commencer une généreuse croisade contre le crime passionnel auquel il a consacré ce livre et une intéressante conférence faite sous les auspices de la Société générale des prisons et de législation criminelle (13 mai 1931).

L'auteur, c'est son droit, limite le crime passionnel au crime d'amour. J'ai une conception tout autre exprimée dans un récent rapport du Congrès de Médecine légale.

L'amour qui tue, nous dit M. Rabinowicz, est avant tout l'amour *sensuel*, jamais l'amour *platonique*, exceptionnellement l'amour-*affection*.

De l'instinct sexuel, l'auteur fait une description assez peu séduisante. Si j'osais une critique, je dirais que le chapitre premier qui en traite n'était pas absolument nécessaire. Si l'on admet que le crime passionnel dérive de l'instinct génésique, peu importe le pourquoi de cet instinct : reproduction, évacuation, épilepsie, chimie, etc. L'auteur, dans ce chapitre, ne mâche pas les mots ; sa colère contre le crime semble se retourner contre l'instinct d'amour ; il s'indigne de lire sous la plume de Diderot ce conseil : « Quand vous voulez écrire sur la femme, trempez votre plume dans l'arc-en-ciel et semez sur le papier de la poussière d'ailes de papillon » et l'on pourrait croire qu'il fait sienne cette opinion, citée complaisamment d'un théologien du moyen âge : la femme est un temple bâti sur un égoût.

Dans sa conférence, plus que dans son livre d'ailleurs, l'auteur a mis au premier plan l'instinct sexuel. Je lui ai dit mon sentiment ; sans nier la force de l'instinct, je crois que, dans les crimes de l'amour, il y a bien autre chose que de l'instinct. Je crois au rôle primordial de la superstructure de l'amour, faite de nos habitudes mentales, de nos préjugés, de notre amour-propre et de notre imagination. Quand un mari jaloux tue sa femme adultère, en est-il toujours épris sensuellement ou autrement ? Tout cela, d'ail-

leurs, M. Rabinowicz l'a parfaitement vu, mais il semble le mettre au second plan.

L'amour et la jalousie sont étudiés finement, avec appel à des citations heureusement choisies. L'auteur, ayant résumé l'histoire d'une vingtaine de crimes récents, insiste sur la *préméditation* presque constante. Trois éléments sont à considérer : l'*intention*, la *décision*, l'*exécution*, d'où cinq types :

a) *criminel passionnel idéal*.

Les trois facteurs sont concomitants. La perception du grief a immédiatement déclenché la réaction homicide.

b) *criminel passionnel pur*.

Il existe un léger temps d'arrêt entre les trois éléments ; il y a hésitation avant d'arriver à la réaction qui est presque immédiate.

c) *criminel passionnel impétueux*.

Temps prolongé entre l'intention et la décision puis brusque exécution.

d) *criminel passionnel volontaire*.

Le temps prolongé est seulement celui qui précède l'exécution.

e) *criminel passionnel réfléchi*.

Tous les intervalles sont longs.

M. Rabinowicz, dans son chapitre la Passion humaine, insiste sur le rôle néfaste de l'opinion publique dans le déterminisme du crime passionnel et incrimine la presse, la littérature et le théâtre, le Romantisme en particulier.

L'auteur admet que les criminels passionnels sont des *déséquilibrés*, mais ne voit pas là une raison suffisante à l'indulgence scandaleuse dont ils bénéficient.

Car, bien qu'élève de Ferri, M. Rabinowicz est sans pitié pour les passionnels. Rappelant que la peine aujourd'hui doit être avant tout *utilitaire*, il croit, et je suis entièrement de son avis, que la menace d'une *peine lourde* arrêterait un certain nombre des meurtriers éventuels. Cette peine lourde (21 ans de réclusion), est inscrite dans le projet définitif (1929) du nouveau code pénal italien, sans doute encore inédit lorsque M. Rabinowicz a écrit son livre.

Les critiques légères que j'ai dû faire d'un ouvrage traitant d'un sujet qui m'est devenu familier, me mettent plus à l'aise pour en dire maintenant toute mon admiration. Ce petit volume renfermé, condensée, l'esquisse de tout ce qui a été écrit sur le crime passionnel. L'auteur, après nous avoir conduits dans le domaine austère de la médecine légale, nous promène agréablement dans la littérature et le théâtre, parmi des citations admirablement relevées.

Enfin, une pensée généreuse de justice et de défense sociale anime de la première à la dernière page un ouvrage qui fait le plus grand honneur à son si sympathique auteur.

LÉVY-VALENSI.

Réactions étranges des déments précoces. *Etude psycho-pathologique et considérations médico-légales*, par R. DUCHÈNE. (Une brochure 124 pages, Rigot, édit., Thèse Nancy, 1930).

L'aperçu historique est suivi d'une étude de la situation nosologique actuelle de la démence précoce. M. Duchêne met en parallèle les idées de Bleuler, qui emportent la majorité des suffrages des auteurs étrangers et

l'opinion des psychiatres français, résumée par H. Claude, qui fait une distinction radicale entre la démence précoce du type Morel-Kahlbaum et les « Schizoses ». Pour Sollier, les deux théories de Bleuler et de Claude se complètent admirablement.

Les réactions étranges des déments précoces peuvent se classer en deux catégories : d'une part, celles qui puisent leur étrangeté dans leur caractère proprement démentiel, d'autre part, celles dont la singularité tient uniquement à leur « survenance » sur un terrain apparemment vierge de troubles psychopathiques.

M. Duchêne définit d'abord où commence l'étrangeté d'une réaction psychopathologique en s'appuyant sur des exemples présentés par les déments précoces eux-mêmes, dans leurs écrits et leurs dessins dont l'auteur donne des reproductions curieuses.

Après un cas d'automatisme étrange, l'auteur expose trois observations d'auto-mutilation, dissemblables par leur étrangeté, qui présentent des caractères communs de résistance à la douleur, de persévérance dans l'acte et surtout l'inutilité de celui-ci.

L'intensité prodigieuse de la perversion sexuelle, la richesse des conceptions érotiques chez certains déments précoces, provoquent des réactions bizarres : témoin ce cas d'onanisme paradoxal, aboutissant à une auto-mutilation mortelle par introduction de corps étrangers dans le rectum.

Parmi les réactions médico-légales, M. Duchêne a choisi trois homicides, absolument comparables par leur « survenance ». Rien dans le passé des inculpés ne pouvait faire prévoir leur geste criminel qui, chaque fois, survient à l'improviste, est suivi de la même absence de remords, de la même indifférence après le meurtre d'un être pourtant affectionné.

Des exemples multiples d'indiscipline et d'insoumission chez de jeunes recrues affirment l'importance du rôle du spécialiste dans l'armée.

Maurice BEAUDOUIN.

La responsabilité pénale du tuberculeux au point de vue médico-légal, par Boris H. VASSILEFF (1 vol. 210 pages, Casa editrice « Apuania », édit., Gênes, 1930).

L'auteur passe minutieusement en revue toutes les localisations possibles de la tuberculose sur le système nerveux central, sur le système vago-sympathique, neuro-périphérique et sur les glandes endocrines. Il décrit ensuite les types divers du caractère tuberculeux, fait soit d'optimisme avec troubles du jugement et excitation érotique, soit de pessimisme, de jalousie et de haine sociale. Il cite les divers travaux qui établissent un rapport entre le virus tuberculeux et la schizophrénie. Enfin dans une étude médico-littéraire, il établit les rapports de l'infection tuberculeuse avec le romantisme et le mysticisme. Dans un long paragraphe il essaye de prouver que Jésus de Nazareth est mort d'un empyème bacillaire six mois après la crucifixion. Quelques-uns de ses exemples sont sujets à discussion ; c'est ainsi qu'il prétend qu'Alfred de Musset et Guy de Maupassant sont morts de tuberculose.

Un chapitre intéressant est consacré à une statistique se rapportant aux malades mentaux en Italie et au pourcentage des tuberculeux chez les criminels des prisons bulgares ou de la Péninsule, pourcentage basé sur la cuti-réaction.

L'auteur conclue que dans la majorité des cas le tuberculeux est un

psychopathe, dont la responsabilité pénale est diminuée. De tels malades doivent relever de l'article 47 du code pénal italien (deuxième paragraphe de notre article 64).

B.-H. Vassileff émet le vœu que dans toute expertise médico-légale soient désignés un expert psychiatre et un expert phthisiologue, qu'un dispensaire antituberculeux soit affecté à chaque prison. On y isolerait les prévenus suspects qui seraient soumis à un régime alimentaire spécial. Cet isolement permettrait d'éviter la contagion à l'égard des autres détenus. Enfin à l'expiration de leur peine de tels sujets seraient obligatoirement dirigés sur un sanatorium jusqu'à vérification de la guérison et de la non-contagiosité.

Paul ABÉLY.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

La maladie d'Alzheimer, par D. K. HENDERSON et Sarah H. MACLACHLAN
The Journal of Mental Science, octobre 1930.

Les auteurs apportent 4 nouveaux cas se rapprochant de la description commune, dont 2 avec examen histologique. Ils ne croient pas que l'anatomie pathologique du syndrome décrit par Alzheimer corresponde à un type clinique défini. S'il rappelle parfois la démence sénile artério-scléreuse, il peut être l'apanage de sujets très jeunes. Chez un enfant mort de tuberculose, atteint d'un simple retard mental, l'examen histologique a mis en évidence les lésions d'Alzheimer : plaques miliaries, altérations cellulaires et du réseau fibrillaire, et en outre, la dégénérescence des villosités des plexus choroïdes.

P. C.

Troubles psychiques dans la méningite basilaire, par M. L. TAUSSIG et Vl. HASKOVEC. *Revue neurologique tchèque*, 1930, n° 7-8.

Pendant les dix dernières années, à la clinique psychiatrique de Prague, sur 6.220 malades, il n'a été observé que 4 cas de méningite basilaire tuberculeuse. Ce fait confirme que les maladies mentales accompagnent bien rarement la méningite. Un symptôme commun à ces quatre cas, est le délire plus ou moins violent qui cède bientôt à une somnolence apathique et la mort. Une grande excitation psychomotrice a été observée chez une femme de 48 ans, souffrant depuis sa jeunesse d'épilepsie et chez laquelle la méningite débuta cliniquement par l'exacerbation des paroxysmes épileptiques. Chez un autre malade, les troubles psychiques ressemblaient beaucoup à un délire alcoolique. L'anamnèse confirma qu'il s'agissait d'un alcoolique chronique. D'après l'opinion des auteurs, c'est non seulement la maladie elle-même, mais surtout la prédisposition et l'hérédité, qui jouent un rôle très important dans l'étiologie et la pathogénie des troubles mentaux de la méningite tuberculeuse. La disposition exagérée des sujets tuberculeux aux maladies nerveuses et psychiques est bien connue. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes.

A.

La valeur de l'hyperpnée dans le diagnostic de l'épilepsie, par le Dr R. NYSSSEN (d'Anvers). (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Bruxelles, tome IX, n° 11, nov. 1929).

Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur expose les résultats qu'il a obtenu chez 41 patients. Ces expériences confirment que l'hyperpnée est une épreuve inoffensive, capable de provoquer des réactions comitiales typiques, chez des épileptiques avérés. Mais pour que l'expérience puisse acquérir la valeur d'un test pratique de l'épilepsie, elle réclame encore une mise au point, qui reste à l'étude. En l'absence de réactions à l'expérimentation, il faut prolonger chaque épreuve jusqu'à la trentième minute et la répéter en série. La négativité des résultats d'une expérience par l'hyperpnée ne peut nullement plaider en faveur d'une non-atteinte d'épilepsie. Enfin, la méthode étant susceptible de déclancher, tant chez les épileptiques que chez les normaux, des troubles moteurs, des troubles sensoriels et même des troubles de la conscience, seuls les signes caractérisés de l'épilepsie peuvent être considérés comme résultats positifs de l'expérience.

LAUZIER.

La source d'excitation dans la rigidité tardive, le syndrome maniaque-dépressif et les épilepsies, et le mécanisme de la récurrence, par DUNLOP ROBERTSON. *The Journal of Mental Science*, octobre 1930.

Il s'agit d'une revue des hypothèses modernes sur le rôle du sympathique, de la corticalité et des noyaux gris centraux dans le déclenchement, l'arrêt ou les modifications des phénomènes moteurs pathologiques. Pour la rigidité, l'auteur la considère comme le résultat d'une action nerveuse ; le système musculaire n'y jouerait aucun rôle primaire. L'excitation à la contraction proviendrait des collatérales des fibres pyramidales et les sensibilités douloureuses possèderaient un pouvoir d'initiation réflexe par l'intermédiaire du sympathique d'abord et, plus haut, par celui du thalamus. Toute section complète, anatomique ou physiologique, du tractus nerveux supprimant les collatérales, s'accompagne de paralysie, mais jamais de contracture tardive. Quant aux phénomènes d'excitation de l'épilepsie et de la manie, ils seraient dus à une rupture de l'équilibre entre l'inhibition normale de l'écorce et le potentiel tonique du système opto-strié ; au profit de ce dernier dans l'agitation, du premier au contraire dans la dépression. Les décharges suivraient l'accumulation toxhémique. Cette conception impose une interprétation parallèle de l'action des substances pharmacodynamiques ; ainsi la caféine, la strychnine suppriment l'inhibition, le bromure la renforce.

P. C.

Contribution à l'étude de la myoclonie. Myoclonus-épilepsie sur base d'alcoolisme. Myoclonie partielle d'origine traumatique, par BREGMAN et Mme GLEICHGEWITCH (de Varsovie). *Journal de Neurologie et de Psychiatrie* (Belgique), août 1930.

Cet article, surtout clinique, traite des différentes formes de secousses myocloniques ; les unes réduites à des contractions fibrillaires et fasciculaires, les autres allant jusqu'aux mouvements choréiques signalés dans certains cas d'encéphalite épidémique ou de traumatismes graves et répétés. Le point vraiment original de ce travail est dans l'étude d'une forme d'épilepsie particulière dans laquelle une sorte d'alternance se produit entre

les attaques et les crises myocloniques à grands mouvements choréiformes. Ces crises seraient calmées par le luminal. Il existerait des formes de passage qui permettraient de soutenir la conception d'une parenté étroite entre l'épilepsie et la chorée de Huntington. P. C.

Contribution à l'étude de la myoclonie, par L. E. BREGMAN et M^{me} GLEICHGEWITCH (de Varsovie). *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 8, Août 1930, p. 495.

Travail basé sur deux observations :

1° Un cas de myoclonie-épilepsie d'Unverricht, chez un enfant de 6 ans, à hérédité alcoolique et névropathique. Cet enfant avait été habitué, depuis l'âge de deux ans, à boire de l'eau-de-vie, et les auteurs attribuent un rôle étiologique à l'intoxication.

2° Un cas de myoclonie partielle associée à des contractions fibrillaires et fasciculaires, affection localisée à un membre qui avait subi, douze ans auparavant, une grave blessure et qui était soumis, depuis cette époque, à des traumatismes professionnels répétés (travail de cordonnier). D'où la conclusion que la myoclonie est ici d'origine traumatique. G. D.

Crises oculogyres dans l'encéphalite léthargique, par I. MALAGUETA et A. IBIAPINA. *São Paulo Médico*, décembre 1930.

Elles affectent tous les types suivant la contraction musculaire prédominante et se divisent en toniques et cloniques. Diverses pathogénies ont été proposées : l'altération des voies labyrinthiques, l'irritation déterminant des phénomènes épileptiformes, la suppression de la coordination entre le cortex et les noyaux oculo-moteurs au niveau des tubercules quadrijumeaux antérieurs, enfin l'influence du pithiatisme. Les auteurs concluent que l'examen impartial des faits permet rarement de s'arrêter à une théorie. Les crises oculogyres sont un phénomène d'hypertonie, dont la base organique est indiscutable et probablement extrapyramidale ; elles sont presque pathognomoniques de l'encéphalite léthargique à la période active. Les crises ont pu être arrêtées par le bromhydrate de scopoline, par l'atropine ; la bulbo-capnine n'aurait pas donné de résultats probants. P. C.

A propos de trois cas de narcolepsie, par Henri ROGER, *Marseille Médical*, 5 janvier 1931.

Il s'agit de malades à crises courtes, sans onirisme, avec de rares accès cataleptiques. Il est impossible de donner une étiologie sûre. L'une des observations entre dans le cadre du syndrome de Gélinau, forme à début précoce qu'on nomme essentielle, mais l'auteur croit pouvoir incriminer l'hérédosyphilis. P. C.

Le sommeil normal : la fonction hypnique, par Henri ROGER. *Marseille Médical*, 5 janvier 1931.

Revue générale faite par le professeur Henri Roger à l'occasion de l'ouverture de son cours à la faculté de Marseille. Après l'étude des fonctions chez l'homme endormi, on trouve les principales opinions sur le mécanisme et les recherches récentes sur les centres du sommeil. P. C.

Recherches sur l'action de la Bulbocapnine chez l'homme, par Umberto de GIACOMO (de Catane). (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*), Décembre 1930.

L'auteur utilise pour la première fois l'injection intraveineuse de bulbocapnine et se limite toujours à la dose de 100 mmgr. Il a obtenu un syndrome semblable à celui décrit chez les animaux. Syndrome caractérisé tout d'abord par une brève phase initiale de somnolence, puis une phase plus longue de 2 heures environ de torpeur psychomotrice durant laquelle, chez certains sujets, on constate des phénomènes de catalepsie sans rigidité musculaire cliniquement appréciable.

Ces injections intraveineuses furent pratiquées chez 24 sujets spécialement déments précoces ou épileptiques. La bulbocapnine ne provoque jamais de manifestations convulsives, même chez des sujets franchement épileptiques.

Le syndrome de la bulbocapnine chez l'homme, obtenu par la technique intraveineuse, paraît, d'après l'auteur, beaucoup plus semblable à la catatonie qu'au parkinsonisme.

Paul ABÉLY.

Catatonie expérimentale chez les animaux et chez l'homme, par V. M. BUSCAINO. (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*, déc. 1930).

L'auteur fait remarquer que les substances employées à propos de la catatonie expérimentale ont, en général, la structure des amines, et que la symptomatologie provoquée au cours de ces expérimentations, correspond à celle de la pathogénie amminique observée dans la démence précoce et déjà décrite par lui. Symptomatologie qui se rapporte surtout aux centres extrapyramidaux de la base.

Paul ABÉLY.

Catatonie chez les oiseaux, par George W. HENRI. *The Psychiatric Quarterly*, janvier 1931.

Les injections de bulbocapnine chez les oiseaux, à doses variant de 5 à 10 0/0 du poids de l'animal, font apparaître des phénomènes qui ressemblent à la catatonie humaine et à celle des mammifères. Les symptômes sont toutefois moins parfaitement obtenus. Par les stimulants extérieurs, ils tendent à disparaître. L'emploi de doses plus élevées détermine de l'excitation, des troubles hyperkinétiques, des convulsions et la mort.

Ces résultats tendent à confirmer l'importance de l'élément toxique dans la catatonie à côté des facteurs psychogénétiques.

P. C.

Un cas d'encéphalite aiguë primaire récidivante, par M. K. VIKTORA. *Revue neurologique tchèque*, 1930, n° 3.

Un homme, âgé de 25 ans, a été atteint, au mois de juillet 1927, d'une encéphalite aiguë. Guérison au bout d'un mois. L'année suivante, persistaient seulement l'insomnie, la céphalée et la fatigue. Il n'y avait pas de symptômes organiques. Au mois de juillet 1929, nouvelle attaque d'encéphalite à début par un ictus apoplectiforme. A cause de l'absence de continuité des symptômes morbides entre les deux attaques de l'encéphalite, M. Viktora conclut qu'il s'agit d'une récidive.

SEBEK.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JUILLET de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 juillet 1931*, à 9 heures 1/2 *très précises* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis à Paris (xiv^e) dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juillet de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 27 juillet 1931* à 4 heures *très précises* au siège de la Société, 12, rue de Seine à Paris, 6^e.

Conformément à l'article 3 de son Règlement, la Société Médico-Psychologique ne tiendra pas de séance pendant les mois d'août et de septembre.

Elections.

L'élection à une place de *membre titulaire* déclarée vacante à la séance du *lundi 22 juin 1931* aura lieu à la séance du *lundi 26 octobre 1931*. Les lettres de candidature à cette élection devront être parvenues au Secrétaire Général avant la séance du *lundi 27 juillet 1931*.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nomination.

M. le D^r MARCHAND est nommé médecin-chef de l'Asile clinique (Sainte-Anne), en remplacement de M. le D^r TRÉNEL, admis à la retraite, et nommé médecin honoraire des Asiles d'aliénés de la Seine.

Comité de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'Aliénés.

Au cours de sa réunion du 25 mai, le Comité a désigné, pour faire partie du Conseil de Famille, MM. G. VERNET et BARBÉ.

Le Conseil de Famille de l'Association se trouve ainsi constitué :

MM. ANGLADE, BARBÉ, BARUK, DEMAY, J. HAMEL, LAUZIER, Roger MIGNOT, M. OLIVIER (de Blois), A. SANTENOISE, TRUELLE, G. VERNET.

Asile d'aliénés d'Armentières.

Le « préasile », dont les travaux ont été entrepris l'année dernière, est presque terminé. Mais il a semblé plus urgent d'ouvrir le pavillon des enfants anormaux et c'est à cette dernière destination que sera incessamment affectée la construction prévue pour le préasile.

Les locaux sont vastes et spacieux et permettront l'installation de deux vastes sections. Le D^r Briche, médecin-chef, a dès maintenant, aménagé provisoirement un pavillon de l'asile pour recevoir les jeunes anormaux qui rejoindront très prochainement le nouvel Institut médico-pédagogique.

L'idée du préasile n'est pas abandonnée. De nouveaux plans sont à l'étude.

MINISTÈRE DES COLONIES

Commission consultative d'assistance et d'hygiène mentale du Ministère des colonies.

Le médecin lieutenant-colonel LEFÈVRE est nommé membre de la *Commission consultative d'assistance et d'hygiène mentale* au Ministère des Colonies en remplacement du médecin-colonel CAZANOVE, affecté en Afrique occidentale française.

LES EXPERTISES PSYCHIATRIQUES

M. Léon BÉRARD, garde des sceaux, accompagné de M. GAZIER, directeur du cabinet, de M. SERGENT, directeur des services pénitentiaires, vient de visiter la prison de la Santé, à l'effet de se rendre compte des conditions dans lesquelles s'effectuent les expertises psychiatriques. Conformément aux déclarations de M. BLACQUE-BELAIR, député de la Seine, dans sa proposition de résolution, devant la Chambre des députés, le garde des sceaux a constaté que les médecins experts chargés de se prononcer sur l'état mental de certains inculpés procédaient actuellement à leur mission dans des conditions matérielles insuffisantes.

Au cours de cette visite le garde des Sceaux a décidé la création immédiate d'une *annexe psychiatrique* à la Santé, où les détenus suspects de troubles mentaux pourront être, sur commission rogatoire du juge, observés d'une façon suivie et étudiés avec les mêmes garanties scientifiques qu'à l'hôpital.

En même temps, M. Léon BÉRARD a décidé que les futurs aménagements de la Petite-Roquette, où seront détenues les femmes, après la désaffectation de Saint-Lazare, comprendront également une *annexe psychiatrique*.

LES CURES DE DÉSINTOXICATION

La *proposition de loi* suivante, présentée par M. AUGAGNEUR, député, vient d'être renvoyée par la Chambre à la Commission de l'Hygiène :

« *Article unique.* — Les règlements concernant les aliénés sont applicables aux victimes d'intoxication par l'alcool et les divers toxiques. Les individus soumis au traitement de désintoxication, ne pourront, sans autorisation du médecin traitant, quitter l'établissement où ils reçoivent des soins en vue de la désintoxication. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



L'ANXIÉTÉ DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

PAR

R. DUPOUY et H. PICHARD

Il était classique jusqu'à ces derniers temps de tenir « l'indifférence affective » pour un des symptômes cardinaux de la démence précoce, dès même son début. Bleuler, puis le professeur Claude remplacèrent cette notion d'indifférence par celle de troubles de l'affectivité et l'on sait que Mlle Pascal mit en évidence la « douleur morale » de certains malades dans les formes mélancoliques de cette affection.

En étudiant à l'hôpital Henri-Rousselle les sujets que la clinique nous faisait considérer comme atteints de démence précoce à son début, nous avons été frappés de l'importance d'un symptôme pour ainsi dire constant, l'*anxiété*, en dehors de tout syndrome mélancolique. Sans doute, lorsque la maladie a évolué et que la démence précoce est fixée dans son négativisme et ses stéréotypies, l'indifférence fait-elle partie du cortège symptomatique habituel, encore qu'il soit difficile d'apprécier la mesure dans laquelle cette indifférence apparente répond à l'affectivité réelle subsistant chez le malade; mais, à sa période initiale, l'anxiété est de règle. Seulement, son type clinique est très variable; tantôt elle affiche une certaine fixité, traduisant ainsi l'unité du fond affectif sous-jacent; tantôt elle prend un aspect anarchique et incohérent, exprimant alors une affectivité profondément troublée et désordonnée.

I. L'anxiété du début de la démence précoce se présente différemment dans la forme lente, insidieuse de la maladie et dans sa forme aiguë.

1) Dans la démence précoce lentement évolutive, nous distinguerons encore deux types d'anxiété : le puéril et le schizophrénique.

L'anxiété « *puérile* » est celle de la démence précoce évoluant sur un terrain de débilité mentale nettement accusée ; chez des « dégénérés inférieurs » ayant conservé un aspect et des réflexes infantiles.

Une de nos malades, démente précoce, encore au stade initial, mais déjà discordante, dissociée et négativiste, se comporte habituellement comme une déprimée et une indifférente ; elle présente de vagues idées de persécution qu'elle exprime épisodiquement et pauvrement. Cependant, à certains moments, à la moindre parole, à un ordre quelconque, à l'occasion surtout de l'examen médical (et presque automatiquement en l'interrogeant sur une écorchure insignifiante qu'elle présente au pied), on provoque chez elle une crise anxieuse d'allures tragiques : elle se débat, se cabre, pousse des gémissements et des cris inarticulés, avec une grande richesse de mouvements réflexes de défense, qui rappelle le tableau de la terreur chez l'enfant. Dans cette attitude anxieuse, enfantine, avec son opposition violente allant jusqu'au négativisme, la brusquerie de son déclenchement et de sa cessation, l'exacerbation de ses réactions motrices et l'état de contracture qu'elle offre à ce moment, nous voyons l'esquisse d'un futur syndrome catatonique.

D'autre part, un certain degré d'infantilisme (débilité physique, chétivité, énurésie persistante ou réapparue, vivacité des réflexes tendineux et cutanés, paratonies musculaires) accentue encore le caractère puéril de ses manifestations anxieuses.

Cette forme clinique apparaît chez les sujets doués d'une émotivité superficielle et rapide, dont le jeu réflexe et plus ou moins conscient ne peut être inhibé par une intelligence et une volonté débiles, provoquant ainsi à la moindre occasion un sentiment de peur et un état anxieux plus ou moins bruyamment extériorisé. Nous pourrions même relier les uns aux autres divers états émotionnels d'intensité différente et les rattacher tous à ce sentiment de peur et d'anxiété ; nous verrons successivement chez le même sujet un simple état de bouderie ou de caprice, puis une crise de frayeur et enfin cette « tempête anxieuse » que nous décrivons et qui dépasse de si loin le motif qui la détermine.

D'autres fois, la notion de crise fait défaut : on constate plutôt un état subanxieux plus ou moins continu mais gardant les

mêmes caractères de pauvreté idéative, de puérilisme et d'expression essentiellement motrice. Dans ce mode de réaction, en effet, l'expression motrice apparaît, comme chez l'enfant, beaucoup plus importante que l'irritation affective.

L'anxiété « *schizophrénique* » comporte, au contraire, un contenu affectif plus riche que son expression motrice, et aussi une part de conscience très vive, qui commande elle-même l'intensité du sentiment anxieux. Les schizophrènes concentrent précisément dans leur autisme un lourd potentiel affectif, entretenu par une hypersensibilité extrême et qu'ils ne savent guère exprimer. Leur souffrance morale est alors liée aux divers sentiments d'anormalité, d'étrangeté, d'instabilité et d'insuffisance générale ; le terme de sentiment de défaite résumerait tous les autres. Ils essayent, en effet, de lutter contre le barrage qu'ils sentent opposé à leurs velléités d'activité ; ils n'y peuvent réussir et la conscience de leur impuissance crée leur anxiété. Aussi l'attitude affective du schizophrène est-elle habituellement représentée par un état dépressif continu avec sentiment d'anormalité et subanxiété. Voici comme s'expriment nos malades : « Je souffre de n'être pas comme tout le monde. — C'est tout drôle, tout drôle en moi. — Tout me fait mal au dehors. Je vois le monde qui va bien, qui voit clair dans ses affaires. Les autres n'ont pas les idées que j'ai... » Tel est aussi le cas du polytechnicien d'Heuyer (1), dont le désespoir et l'anxiété sont liés à la conscience de son incapacité à réussir son examen de sortie.

Chez d'autres malades, on note l'oscillation perpétuelle entre l'indifférence et l'anxiété. Ces deux termes nous frappent par leur coexistence fréquente dans les observations ou les certificats d'internement. Cette hyperesthésie et cette anesthésie affectives qu'on rencontre côte à côte ne se contredisent nullement ; elles représentent deux aspects du même trouble. C'est que la pression affective, constamment refoulée, accumulée et masquée par une attitude d'indifférence, aboutit fatalement à une projection extérieure. Cette projection affective peut être minime, l'accès de mauvaise humeur, la bouderie. Elle peut être plus importante, le *raptus anxieux*.

M. P. décrit son inquiétude et ses paroxysmes avec une attitude de suprême détachement ; il le fait avec le sourire, l'étudie objectivement et prétend qu'il n'en souffre guère. « J'admets, dit-il, ces angoisses comme un fait et n'ai par conséquent pas lieu de m'en inquiéter, aussi bien d'une manière immédiate qu'en

(1) G. HEUYER. — Les voies d'entrée dans la démence précoce. *La semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 juillet 1928.

ce qui concerne mon avenir. » Néanmoins, la crise anxieuse se déclanchera chez lui. Elle s'accompagne alors de toutes les réactions ordinaires : il a peur, il a la gorge serrée dans un étai, il souffre intensément.

L'anxiété représente la direction normale du courant affectif. Mais barré au dehors et dévié dans les profondeurs du MOI, ce courant affectif subit, sans grandes manifestations extérieures et pour ainsi dire dans le secret de la conscience des transformations internes, crée des compensations, des « associations sensitives », selon le mot de Kretschmer, et il donnera lieu, soit progressivement, soit brusquement, à ces psychoses schizophréniques, délires systématisés ou polymorphes, psychoses obsessionnelles, où l'anxiété paraîtra secondaire alors qu'elle y a joué un rôle déterminant.

Mlle Gr. est atteinte d'une psychose schizophrénique avec idées de persécution asystématiques et hallucinations auditives. Elle est anxieuse, elle croit qu'on va la revolveriser, l'empoisonner. Elle va être fusillée par la police... Cette psychose est d'apparition très récente, mais succède à une période déjà longue — plusieurs mois — de malaise avec sentiment d'incertitude et d'étrangeté que nous pouvons mettre à jour par l'interrogatoire de ses proches. La malade était fatiguée, triste, parfois soucieuse, sans manifester, cependant, de réactions anxieuses nettes. L'anxiété apparaît seulement avec les manifestations délirantes, alors qu'elle existait antérieurement à l'état latent.

2) Dans les démences précoces à début aigu, l'anxiété prend un aspect essentiellement polymorphe; dans certains cas, elle apparaît comme un élément accessoire, lié à un syndrome psychopathique, quelconque, confusionnel, onirique, délirant, mélancolique, etc. Dans d'autres cas, au contraire, elle demeure le symptôme dominant, primordial de l'affection.

Ce sont ces démences précoces à forme anxieuse que nous avons surtout en vue et dans le tableau desquelles figure essentiellement une anxiété paroxystique provocatrice de *raptus*. Quelle que soit la nature des manifestations morbides sur lesquelles elle se déclanche, l'anxiété revêt des caractères assez particuliers : c'est d'abord son début extrêmement brusque, que rien ne laisse prévoir, sans motif apparent. Ce motif, le malade, après coup, est incapable de le formuler ou il le construit secondairement. De plus, l'anxiété s'intensifie tout de suite ; presque d'emblée, c'est la grande agitation désordonnée, avec exclamations et gémissements, dépense motrice considérable. La crise se termine, de même, très rapidement, en quelques secondes parfois. Elle se dénoue par le retour au calme ou, plus souvent, par une impul-

sion brutale. On dirait que chez le dément précoce l'anxiété et sa réaction motrice, clastique, suicide, se trouvent confondues et qu'il n'y a pas de circuit intermédiaire entre l'état idéo-affectif générateur et l'impulsion. Aussi n'a-t-on pas toujours le temps d'interpréter cette dernière, qui paraît inexplicable.

Une de nos malades, au cours d'un examen, nous répond difficilement ; ses propos révèlent un syndrome de Ganser plus ou moins net, mais elle est calme, même assez gaie. Brusquement, nous la voyons se lever, en proie à une sorte de terreur, courir à la fenêtre toute proche en criant : « J'ai peur », briser soudainement un carreau et revenir s'asseoir doucement et calmement à sa place. Nous lui demandons l'explication de son acte ; elle ne nous la donne pas, elle n'en sait rien.

Beaucoup plus rarement, le raptus se trouve précédé d'une période anxieuse, d'une anxiété diffuse qui monte, se condense et finit par se matérialiser en une impulsion brutale.

Il peut apparaître aussi à l'acmé d'une période d'anxiété cyclique. Nous avons ainsi l'observation d'une malade qui passe par une série de phases anxieuses séparées par des intervalles plus ou moins réguliers de calme. Pendant trois semaines ou un mois, l'anxiété se développe progressivement pour réaliser finalement le tableau d'une grande agitation paroxystique qui se termine régulièrement par une fugue ou une tentative de fugue ; après quoi le calme revient et la malade retourne chez elle spontanément.

Le raptus anxieux peut enfin être le symptôme initial, le signal révélateur d'une démence précoce qui va évoluer ultérieurement. Nous en citerons quelques exemples :

F... est un mécanicien, essayeur de voitures automobiles. Il accomplit normalement ce travail délicat. Un jour, sur une simple observation d'un patron, il est saisi d'une angoisse que, rétrospectivement, il décrit fort bien : « Cela m'a pris brusquement. J'ai eu une peur atroce. J'ai eu tout d'un coup la conviction qu'on allait m'arrêter. » Sans plus hésiter, « impulsivement », dit-il lui-même, il saute de la voiture en marche et se sauve en courant. C'est à la suite de cet incident qu'il commence un syndrome d'automatisme mental et entre dans son affection.

T... est employée de banque. Elle est normale, quoique d'un caractère un peu solitaire depuis quelque temps. Un soir, elle va au bal comme elle faisait assez souvent, mais rentre peu après chez elle dans un état d'angoisse indescriptible : elle crie, elle pleure, elle demande pardon à sa famille de sa méchanceté, elle proteste de son affection pour ses parents. On la calme et elle se couche. Dans la nuit, elle se lève, ouvre la fenêtre en appe-

lant au secours, crie qu'elle est empoisonnée par des gâteaux et qu'elle va mourir. Puis tout rentre dans l'ordre. Mais, les jours suivants, elle présente à nouveau des crises anxieuses et un état discordant qui motivent son hospitalisation.

S..., domestique, remplit ses fonctions à la satisfaction de ses patrons. Un jour, brusquement, elle fait une crise anxieuse au reçu d'une lettre de sa famille, lettre d'ailleurs insignifiante, et tente de s'étrangler avec une ficelle. C'est le début d'une démence précoce.

C... tente, une nuit, de se jeter de la portière d'un train, à la suite d'un cauchemar extrêmement pénible dont nous ne pouvons connaître le contenu. Episode onirique assimilable à une crise anxieuse. C'est la première manifestation de cet ordre ; c'est aussi son entrée dans la démence précoce.

Il nous paraît important de retenir, dans ces exemples, cette constatation d'un contenu affectif qui vient infirmer — et sous la forme la plus puissante et la plus explosive, le raptus anxieux — la notion classique d'inaffectivité et d'indifférence émotionnelle que peut justifier en apparence le comportement habituel du sujet. D'ailleurs, d'une manière plus générale, on connaît bien ces exemples de chocs affectifs initiaux d'une démence précoce, où une déception sentimentale, un chagrin d'amour a provoqué un drame moral avec manifestations hyperémotives, passionnelles et anxieuses, dont l'évolution ultérieure se fait vers une démence précoce plus ou moins rapide. Ce sont ces « folles d'amour » qui se livrent même à des actes de désespoir, à une tentative de suicide. Ce n'est pas le chagrin d'amour qui a déterminé la démence précoce, c'est au contraire la démence précoce débutante qui s'est manifestée, à l'occasion d'un événement banal de la vie affective, sous la forme d'un état anxieux.

Dans ces démences précoces, à début anxieux, l'anxiété n'est souvent que l'élément initial du syndrome psychopathique en évolution. Dans les diverses formes cliniques qui marquent le début de la démence précoce, l'anxiété ne présente plus cet aspect simplifié et pur, réduit au raptus. Elle est associée à tout un ensemble syndromique traduisant la participation de tout le psychisme dans un sens hyperactif et qui paraît la motiver. Elle ne possède plus guère de caractère spécifique car elle se trouve adaptée au syndrome qui la conditionne.

Dans le *syndrome oniro-confusionnel*, agité ou apathique, elle se caractérise par son aspect anarchique, ses explosions brusques et immotivées, son allure incohérente, son expression paradoxale et discordante.

Dans les *syndromes délirants*, elle est liée aussi à une expres-

sion de désordre général qui se traduit dans le domaine intellectuel par des thèmes absurdes, variables, polymorphes, mobiles, et, dans le domaine affectif, par des fusées anxieuses brusques, épisodiques, variables, détournées. S'il s'y joint un élément confusionnel plus ou moins précis, on se trouve alors en présence de ces « bouffées délirantes », dont on méconnaît si souvent la nature. On veut en ce dernier terme inclure la présomption d'un état passager, non symptomatique d'une démence précoce et de pronostic favorable. L'épisode délirant, l'anxiété qui l'accompagne, tendent en effet à s'apaiser ; une rémission, parfois complète, s'opère ; mais l'on voit les récidives de ces états, sous la même forme ou sous d'autres, parfois même sous une forme mélancolique et anxieuse plus pure. Ainsi s'établissent petit à petit les éléments d'une psychose hébéphrénocatatonique évolutive.

Dans les *états dépressifs*, elle mérite une mention particulière. Ils constitueraient, en effet, pour Mlle Pascal, la forme habituelle de la période prodromique de la démence précoce (65 fois sur 75 cas). Cet auteur les décrit cependant avec la marque de l'indifférence émotionnelle ; la disparition des sentiments de famille, l'absence de la peur et de l'anxiété y seraient habituelles. Ces malades, en apparence si indifférents, expriment en réalité des idées fort tristes ; ils gardent la critique de leur état morbide et leur attitude détachée, glaciale, n'est, somme toute, qu'une attitude compensatrice masquant un grand désarroi et qui tombe à certains moments.

Mlle Gr... témoigne d'un mépris hautain pour ceux qui l'entourent et qui l'interrogent. Elle est triste, apathique, se plaint volontiers de quelques troubles de nature hypocondriaque, tout en gardant toujours cette attitude indifférente, détachée et comme « impartiale ». Pendant très longtemps, on ne peut donner la preuve de sa souffrance, jusqu'au jour où apparaissent des raptus anxieux successifs, accompagnés d'explosions de colère et de haine envers ses médecins qu'elle accuse de l'empoisonner. Ses lettres traduisent aussi à cette époque l'acuité douloureuse de ses sentiments.

Les auteurs insistent d'ailleurs sur la difficulté du diagnostic de cette forme et pensent qu'il faut le plus souvent attendre l'apparition des symptômes cardinaux : c'est avouer implicitement que la forme mélancolique de la démence précoce n'est pas tellement différente des autres aspects du syndrome mélancolique ; c'est le même mécanisme de confrontation de la personnalité avec le monde extérieur ; la souffrance y est du même ordre, une douleur d'humiliation.

Quant aux *états d'allures maniaques*, ils paraissent à première vue ne point comporter d'éléments anxieux ; ils se rencontrent rarement, il faut bien le dire, à l'état de pureté et ils prennent le plus souvent l'aspect d'un accès cyclique maniaco-dépressif plus ou moins typique ; c'est, au surplus, la démence précoce qui réalise surtout ces « états mixtes » de Kræpelin, faits d'ambivalence et de discordance. Ou bien encore il s'agit de ces états catalogués « manies confuses », où le symptôme anxiété peut être aussi observé.

Ainsi, schématiquement, l'anxiété dans les démences précoces à début aigu, s'oppose nettement à l'anxiété des formes lentes et insidieuses. Absence d'uniformité, de fixité, et en un mot d'unité. C'est au contraire la notion de dysharmonie et d'incohérence affectives qu'elle exprime. Elle nous apporte la preuve d'une affectivité sous-jacente considérablement troublée, mais non encore détruite. Si l'on associe à ces troubles affectifs des troubles parallèles de l'activité intellectuelle (onirisme, automatisme mental, manifestations psycho-sensorielles diverses) et de l'activité motrice (qui font justement de cette période de la maladie la « phase médico-légale » de la démence précoce), elle nous apparaît comme le témoin de processus encéphalitiques. Et cette encéphalite se traduit à son début, comme elle le fait dans d'autres affections cérébrales organiques, confusions, méningites, paralysie générale, par des réactions d'hyperactivité psychique : l'exaltation de la fonction précède sa destruction.

L'opposition de ces deux formes d'anxiété nous semble bien répondre à la conception clinique et anatomo-pathologique moderne de la démence précoce, dans ses deux formes essentielles, l'une survenant en terrain dégénératif, l'autre étant le fait d'une encéphalite toxi-infectieuse (Marchand).

A la période d'état, par contre, lorsque la maladie a évolué suffisamment et que les lésions cellulaires se sont fixées, on ne retrouve plus de manifestations anxieuses, la démence affective ne le permet plus. Encore cette proposition soulève-t-elle quelques réserves ; il s'agit en effet d'une démence partielle et élective permettant des lueurs de lucidité et de conscience, et des bouffées anxieuses. Les rémissions nous montrent parfois ces retours de l'inquiétude et de l'anxiété. Ce n'est que quand la démence est devenue totale qu'il y a disparition de toute manifestation affective.

B... est un dément catatonique entré dans son affection depuis plus de deux ans par un syndrome mélancolique et anxieux. Conservation des attitudes, négativisme, indifférence émotionnelle et affective absolues, mutisme et refus d'aliments. Les ren-

seignements divers fournis sur lui, les rares paroles qu'il émet laissent présumer l'existence d'un délire sous-jacent assez riche. Or, à deux reprises, on assiste chez lui à des phénomènes anxieux, avec agitation, pleurs, appels désespérés à sa mère, que par ailleurs il ne paraît pas reconnaître lors de ses visites : « Ma petite maman chérie, qu'on me rende ma petite maman chérie. Je mangerai si on me renvoie chez elle. » Ajoutons que l'expérience en a été tentée, mais qu'il a conservé dans sa famille son attitude habituelle négativiste.

On peut suivre cliniquement, comme dans la démence paralytique, cette évolution progressive vers l'indifférence de la période d'état et l'on s'aperçoit alors que cet effacement des manifestations affectives est parallèle à celui des manifestations intellectuelles.

Mlle B... entre dans le service à la suite d'un vague épisode grippal et présente rapidement un état hébéphrénique évident. Dès le début, elle se montre discordante et dissociée, mais reste capable d'analyse rétrospective suffisamment fine pour décrire avec précision les sentiments étranges qui l'assaillent. Un peu plus tard, elle présente des idées d'auto-accusation : c'est elle qui est la cause de toutes les souffrances des autres malades. Un syndrome d'automatisme mental s'organise. Un syndrome anxieux, d'autre part, est apparu parallèlement à cet état dépressif ; il s'affirme et s'aggrave selon le rythme du délire. Deux mois après ce début avec hyperactivité psychique et affective, le processus dissociatif s'est aggravé et la présentation de la malade s'en trouve modifiée : elle s'efforce de répondre aux questions, mais y renonce : « Je ne peux pas, je ne sais plus du tout ce que je veux dire » ; mais aussi elle ne montre plus du tout l'inquiétude du début, lorsqu'elle exprimait les pensées étranges qui la tourmentaient ; elle tend peu à peu vers l'indifférence affective absolue de la période d'état. Dans le domaine de l'activité, elle devient semblablement inerte, apathique, n'écrit plus et renonce à faire sa toilette.

Comme aussi certaines formes fixées de paralysie générale, il est de ces démences précoces non évolutives qui peuvent laisser le malade à sa phase anxieuse initiale et donner lieu à des états obsessionnels schizophréniques et paranoïdes sans démence très accusée et qu'il faut savoir différencier des obsessions pures, constitutionnelles.

(à suivre).

DÉLIRE SPIRITE. ECRITURE AUTOMATIQUE

PAR

J. LEVY-VALENSI et HENRI EY

Nous rapportons ici l'observation (1), très riche, d'une malade dont le pittoresque n'est cependant pas la raison essentielle de cette publication. Nous ne voulons pas fournir à son propos une étude théorique et critique de la question, toujours ouverte, des Psychoses spirites, nous la ferons suivre simplement de quelques commentaires destinés à montrer toute la complexité de pareils cas de délires hallucinatoires.

Mme M., 53 ans, est l'aînée d'une famille de huit enfants, elle est née à Paris. On ne relève dans ses antécédents familiaux rien de particulier.

Ses parents étaient des liquoristes assez aisés.

Son enfance a été normale, son développement régulier. Elle a obtenu son certificat d'études et a fréquenté l'école encore deux ans sans se présenter au brevet élémentaire. Sortie de l'école, elle resta chez ses parents jusqu'à son mariage à l'âge de 23 ans.

Cinq ans après, elle se séparait de son mari pour « incompatibilité d'humeur ». Elle déclare maintenant qu'il avait « une force d'âme effrayante ».

En 1918, 13 ans après avoir vécu avec un amant, elle reprend la vie commune avec son mari avec qui elle vit encore.

En 1923, elle perdit son père, sa mère, un de ses frères et plusieurs membres de sa famille. Son amant également mourut à cette époque. Elle avait alors 45 ans et était en cours de ménopause. Sa santé était précaire. Elle consulta à ce moment-là longtemps « pour le cœur » dans un hôpital où elle fut longuement soignée. Elle avait des pertes de sang abondantes et son état physique déclina sérieusement.

C'est à cette époque qu'elle s'adonna à ses études médiumniques et qu'elle devint ainsi *d'abord médium écrivain puis médium auditif*.

Depuis cette époque elle ne s'occupe guère que d'écrire des livres de vulgarisation spirite et des nouvelles. Elle a fait imprimer à ses

(1) Cette observation a été prise dans la Clinique du Professeur Claude.

frais des brochures et a fréquenté, sans grand succès d'ailleurs, les milieux spirites officiels.

Son temps se passe entièrement en communications avec les esprits. Elle les capte surtout le soir, à la tombée du jour, au moyen de verres de lampe. Elle converse avec eux, et par eux est au courant de tout ce qui se passe ou plutôt se trame dans le monde.

Bien entendu, elle a fait des démarches nombreuses et écrit des lettres délirantes aux autorités. Elle est actuellement surveillée par la Préfecture, mais jusqu'ici, étant donné la bénignité de son caractère, on n'a pas eu recours à l'internement.

Elle est venue dans le service « pour avertir le Professeur Claude « et tous les savants du combat qu'il fallait mener contre les forces « du mal, en particulier les esprits et les âmes du Sacre Austro-Alle-
« mand qui envahissent la France ». Elle se plaint d'ailleurs d'être dévorée par les esprits et d'endurer des blessures terribles et douloureuses dans son cerveau et tout son corps.

Le délire et le syndrome hallucinatoire

Notons tout de suite que le délire s'exprime d'une façon *directe* par les déclarations spontanées de la malade : il constitue à ce titre un ensemble de croyances délirantes que nous allons analyser — et d'une façon *indirecte* (et en quelque sorte impersonnelle) par l'ensemble des *communications* qui grâce à l'écriture automatique lui sont transmises par les esprits. Ces « communications » forment la matière d'un petit opuscule « Révélation » qui a une centaine de pages et que la malade a fait imprimer à ses frais.

Les communications apparaissent à ses yeux comme entièrement justifiées et valables du fait même de ses croyances délirantes. « Il y « a des esprits et il est tout naturel qu'on entre en communication « avec eux. C'est d'ailleurs très facile. » C'est pour cette raison que, aliment et justification du délire, nous les décrirons dans le bloc même des idées délirantes.

Pour mettre un peu d'ordre dans cet ensemble d'idées absurdes nous allons successivement envisager : les idées délirantes qui concernent le monde des esprits, leur action sur les vivants, leurs interventions dans la politique et les événements mondiaux, la conception métaphysique qui s'y rattache. Ensuite nous examinerons l'aspect hallucinatoire du délire (syndromes d'influence, de possession, syndrome dit d'automatisme mental, hallucinations de toutes sortes).

1° LE MONDE DES ESPRITS

Voici un passage caractéristique tiré de sa plaquette « Médium-nité ».

L'âme. — « L'âme est un petit corps fluide entouré d'éther, sa « force nerveuse est due à sa force d'anneaux liés ensemble par de

« minces fils qui sont simplement de petits muscles liés comme de
« petits fils.

« Le nerf du centre est un fil souple qui est entouré de ses
« anneaux. »

L'esprit. — « L'esprit est un petit diptère ; il est haut sur pattes,
« mince, le corps très plat, il a une petite trompe : mais nous avons
« différentes races d'esprit.

« L'esprit français a 8 pattes, 1 dard à gauche, 1 trompe, et de
« grosses griffes au bout de chaque patte.

« L'esprit allemand a 8 pattes, il est très gras, il a de grosses pattes
« et à droite, une patte moignon armée de deux fortes griffes, ainsi
« que de grosses griffes au bout de chaque patte.

« L'esprit autrichien a 8 pattes avec griffes et à droite une patte
« couteau qui coupe terriblement, une patte coupante plus petite à
« gauche et une trompe.

« L'esprit italien a un dard à droite et est constitué comme le
« français.

« L'esprit du fakir est un esprit suggestionneur, il endort les
« esprits pour les voler, ensuite avec son âme, il a toujours avec lui
« ses trois esprits fakirs, ils ont de longs dards, ils sont terriblement
« méchants, ils sont longs et le double de l'esprit allemand. »

Voici « tout simplement » la façon dont l'âme est faite et porte ses esprits.

« Les fils que l'on voit en-dessous des âmes représentent les nappes
« de gaz, qui sont à une très grande hauteur dans le ciel, on voit dans
« ces nappes de petits traits, ce sont des âmes qui sont couchées à
« plat, on les trouve de place en place, ces malheureuses ont perdu
« leurs esprits, elles vivent là avec leurs peines, leurs esprits se sont
« échappés de leurs âmes, et tel un petit ballon dont le fil s'est cassé,
« lesté de son esprit, elle n'a pu se refermer et redescendre.

« Je donne ici ce détail, pour que les âmes qui me lisent en vous,
« puissent aller les sauver en leur donnant un esprit qui les aidera
« à redescendre. »

Les perles de fluide. — « Pour qu'une âme se garde et ne se perde
« plus dans le ciel, il faut qu'elle se fasse faire par ses esprits, deux
« perles de fluide épais, de la grosseur d'une double tête d'épingle
« dans le fond de l'âme ; puis elle fermera bien le bout de son âme
« sur la première perle, ce fluide en séchant, deviendra très dur, et
« lui assurera de ne jamais plus se perdre dans le ciel, elle a de quoi
« se tenir, se rouler pour mieux dire, et même sans esprit, elle peut
« vivre sur terre et circuler partout, sans crainte de se perdre
« jamais. »

2° ACTION DIRECTE ET NÉFASTE DES ESPRITS SUR LES VIVANTS

Voici un passage extrait d'une note sur « Le pouvoir des âmes et des esprits sur l'homme » :

« Les entités mauvaises causent dans toutes les parties du corps des névralgies intercostales en se frottant sur les muscles ; des douleurs nerveuses sur le cœur en se frottant dessus.

« Sur les êtres sensibles ils agissent avec plus de force, ils occasionnent des troubles cérébraux, perte de mémoire, névralgies, suggestionnent à des êtres nerveux des idées les poussant à l'hystérie, à la persécution, à l'envoûtement, à l'obsession, à la fatigue mentale, à la neurasthénie, tous ces troubles sont huit fois sur dix dus à des âmes, soit qu'elles soient mauvaises ou hystériques, ou alors âmes défunes d'une famille qui persécutent les leurs par chagrin.

« L'âme pernicieuse pousse l'homme et la femme à des idées d'hystérie, elle prend le cerveau, elle y fait sa place, elle dit sans arrêt ce qu'elle veut, elle n'aime que le plaisir des sens des êtres humains et donne l'idée fixe du plaisir qui énerve l'homme et la femme à un point, qu'un acte en appelle un autre, c'est l'hystérie mentale due à la suggestion d'une âme hystérique.

« Le ravage causé dans ma cervelle est dû à ce que j'ai fait paraître « Médiumnité », cet article leur causant un préjudice énorme (question politique et autres... sur lesquels je m'expliquerai. En tout cas j'ai la cervelle attaquée, mangée pour mieux dire par les Allemands, les Autrichiens et les Hongrois, ces races d'âmes vivent par millions dans les Français, et d'après leur dire je suis condamné pour avoir fait paraître un article donnant l'idée à l'homme de chercher à entendre son âme. »

3° L'INFLUENCE DES ESPRITS SUR LES ÉVÉNEMENTS MONDIAUX

Ceci fait la matière la plus importante du délire et le sujet de toutes les communications des esprits avec lesquels la malade est en perpétuelle communication. Toutes ces communications constituent « *Les secrets du Sacre des Empereurs, des Sacres allemand et autrichien* » que Mme M... a portés à la connaissance du Président de la République.

« Médium, j'ai pris et je donne ici les communications que j'ai reçues du monde des âmes, âmes qui viennent à moi pour les aider dans leurs peines.

« Les circonstances de la vie actuelle font, que demain naîtra une force inconnue nouvelle ; force, qui est celle de l'homme, sa fidèle compagne, le double de lui-même, je veux dire son âme.

« Je confie ces communications des âmes à un homme politique de mon pays, pour qu'il juge, et qu'il approfondisse les dessous d'un monde inconnu, monde d'âmes cosmopolites, qui vit dans notre France et que nous avons besoin de connaître. »

« Nos pensées sont à vous pour bien vous aider ;
 « Nous sommes tout de vous, et sommes ignorées ;
 « Sachez bien nous trouver où nous sommes cachées ;
 « Nous serions si heureuses de nous sentir aimées.

**

« Je suis une simple femme de France, qui a le don d'être médium
 « depuis 4 ans, et je crois faire mon devoir, en venant vous révéler
 « aujourd'hui tout ce que j'ai appris, surtout depuis un an que le
 « monde des âmes a voulu parler.

« Ces âmes étrangères des Sociétés, des Sacres perdent notre race
 « d'âmes de France, depuis près de deux siècles, elles la perdent par
 « jalousie, par haine, oui, par haine de toujours.

« Je ne donne ici que quelques communications, quand des mil-
 « liers pourront être prises, le jour où les appareils captant la voix
 « de l'âme, seront enfin au point.

« Vers l'an 1741, les âmes de Prusse, d'Allemagne, d'Autriche-Hon-
 « grie, fondèrent des Sociétés d'âmes, lesquelles plus tard se réuni-
 « rent en vue de former les Sociétés du Sacre autrichien et allemand,
 « les deux n'en formant qu'une dans leur organisation secrète.

« Ces Sociétés prenaient de force dans les corps, toutes les âmes
 « et esprits qui étaient à leur convenance et elles recherchaient sur-
 « tout les âmes instruites.

« Nos âmes sont fakirisées d'esprits paresseux étrangers, tous
 « voleurs de nos esprits français qui, eux, en exil, sont placés de tous
 « les côtés pour produire l'intelligence des races étrangères.

« Je note que beaucoup de nos âmes et esprits français, échappés
 « des Sociétés de Sacres, sont revenues, parlant l'allemand ou l'au-
 « trichien, après un long exil. L'évolution vous les fera entendre
 « conter leurs vies malheureuses et tout ce qu'ils ont souffert, par la
 « Société des Sacres.

« Les âmes qui servent à ce trafic sont nées en Autriche ou ailleurs,
 « toutes petites, elles sont amenées en France, pour être instruites
 « dans nos institutions françaises, pour servir ensuite le sacre ; mais
 « elles disent toutes si on les questionne qu'elles sont de nationalité
 « allemande ; l'idée leur a été donnée lorsqu'elles étaient jeunes,
 « lorsqu'elles sont vraiment nées de la prostitution des races alle-
 « mandes, autrichiennes, hongroises, etc... Ceci est la vérité.

« Sur toute la ligne des Invalides jusqu'à Versailles, dans toutes
 « les familles riches, il y a des forces allemandes. La ligne de Nan-
 « tes, Rouen, ligne de Lyon jusqu'à Montereau-Moret, ligne de Cor-
 « beil, ligne d'Etampes, ligne de St-Germain à Neuilly et dans toutes
 « les villes de France, dans les notabilités, il y a les corps des esprits
 « et des âmes.

« A noter toutes les âmes et esprits de la bourgeoisie de Neuilly-
 « Plaisance, tous esprits allemands et âmes autrichiennes unis dans

« les têtes et corps depuis plus de 20 ans par le sacre allemand et tous nés de la prostitution allemande.

« Les âmes hommes Autrichiens se promènent dans Paris accompagnés des vieilles Hongroises appartenant au Sacre, elles entrent dans le corps des femmes, des jeunes filles, enfants féminins et toutes se font un divertissement de voir nos âmes françaises souillées par les âmes autrichiennes et hongroises ; ceci se fait encore avec l'idée de perdre notre âme française. »

Les Monarques (secrets). — « Le roi Léopold, roi des Belges, vit en âme au Congo belge, dans la province de Katanga, avec son grand favori, Edouard VII, ils font ensemble une œuvre grandiose... l'esclavage des âmes ; ils ont recherché avec leur suite toute une population d'âmes noires, il y a à Haos (nom à voir l'orthographe), des harems avec des sultanes, des eunuques ; toutes ces âmes ont été ramassées avec soin, ils passent là une vie charmante, vivant par l'idée de la pensée, ils se sentent (homme vivant).

« Les hommes (âmes) qui les portent dans leurs déplacements dans le centre où ils séjournent sont plus heureux par leurs extravagances suggestionnées généralement et journellement : ils font les Pachas, s'amusant joyeusement depuis leur désincarnation.

« Il peut y avoir peut-être un million d'âmes à leur service et n'y pénètre pas qui veut.

« Le roi d'Angleterre avait aussi un petit Astral en Irlande, mais il n'y séjournait pas ; il habite le Congo Belge.

« L'ex-reine de Roumanie habite l'été à Royat avec toute sa suite d'âmes, dans une propriété d'émailleurs faïenciers.

« L'ex-roi de Portugal habite l'Angleterre en âme du côté de Plookot (nom d'après la prononciation). Son fils (Manuel Sacre) voyage en âme, incognito avec toute sa suite. »

Nos députés au pouvoir. — « J'insiste tout spécialement sur le rôle que les bons guides (Esprits supérieurs) jouent chez nos hommes politiques.

« Ils sont chargés d'une surveillance constante, suggestionnant telle ou telle idée, toujours pour servir les sacres, qui commandent de détourner celui-ci, de combattre une idée de M. X..., enfin de les détourner des honnêtes projets qu'ils ont dans l'idée, ce qui fait qu'au pouvoir nos hommes de France ne sont plus maîtres de leurs idées.

« Mais ils trouvent parfois devant eux des cerveaux forts qui ne prennent pas la suggestion ; ceci est dû à la forte constitution nerveuse de l'être ; en tous cas ils n'ont pas toujours eu raison sur des idées préparées et qui ont passé.

« Des histoires politiques ont eu des retentissements considérables, à tel point que l'on frôlait une guerre ; eh bien ! ce sont toujours ces âmes qui énervaient le moral des hommes, les excitaient à des paroles plus ou moins blessantes de façon à provoquer un cataclysme, qui est venu beaucoup plus tard que les sacres l'avaient désiré.

« Les incidents qui ont précédé la mort du Président Deschanel, la Conférence de La Haye sont le sujet de nombreuses communications des Esprits qui y ont joué le rôle le plus direct. »

4° « MÉTAPHYSIQUE » DES ESPRITS

« La sauvagerie du monde de ces âmes vouées au crime, à la débauche, est pire que tout ce que l'on peut imaginer, rien de semblable dans la vie des hommes ne peut être égal.

« L'homme tout à sa vie matérielle, ne pouvait et ne devait jamais connaître ces infamies, sans des abus, qui furent faits, lors de la dissolution de l'astral, qui se trouvait au-dessus de la France.

« L'astral des âmes, qui se tenait au-dessus de Noisy-le-Sec, ne contenait à l'idée du maître que des âmes françaises, anglaises et quelques âmes allemandes depuis la guerre.

« Au-dessus de tout ce monde d'âmes vivait le Maître enfermé dans une force fluide effrayante (telle que toutes les âmes de Paris pourront le certifier devant les appareils). Il vivait enfermé dans son fluide qui formait une énorme boule, et n'en est jamais sorti que le jour où il fut attaqué, par la force des âmes de Marie, du Sacre Autrichien (ceci se passa le 1^{er} février 1926).

« De ce jour, il abandonna les âmes à elles-mêmes, pour leur inconduite à son égard et il n'y eut plus d'astral en France.

« L'âme de Dieu fut trompée dans le monde des âmes, comme il est impossible d'être trompé.

« L'évangile a donné à tous les hommes le moyen de croire à des choses imaginables ; mais l'évolution fera que les âmes donneront des renseignements qui contribueront à anéantir certaines vieilles choses écrites et enseignées encore de nos jours pour nous égarer dans des idées ridicules.

« Depuis la doctrine d'Allan Kardec, le grand spirite, tous les autres spirites furent fidèlement gardés, il n'y avait pas d'âme qui puisse se présenter plusieurs fois, sans être enlevée ; il était impossible aux âmes honnêtes de pouvoir faire connaître la vérité aux hommes.

« *La Terre ne tourne pas* : L'Astral se tenait sur Noisy-le-Sec, le Bourget et le Raincy.

« Les âmes se tenaient toutes les unes à côté des autres ; elles formaient ou des nappes ou des cercles ; elles se tenaient ainsi de nuit comme de jour à la même place, balancées par la bise qui est très légère à une grande hauteur.

« Je dis ceci pour vous donner une idée qui est bien à moi ; beaucoup descendaient de jour comme de nuit et remontaient de même ; comment se fait-il que ces âmes retrouvaient toujours à la même place et sans faire plus de trajet, leurs âmes qui étaient restées à l'astral ?

« Pensez bien que les âmes ne bougeaient pas et que celles qui

« remontaient les trouvaient toujours à la même place ; la terre tournant, elles n'auraient jamais dû se retrouver, car tout *aurait changé* de place, Paris comme les âmes.

« Le Dieu de Justice sera celui que vous serez tous demain, hommes de France, pour entendre et juger ce monde inconnu de presque tous, ce monde de nos âmes vivant après la mort, n'est pas absolument celui que l'on pense..... C'est d'abord un monde qui n'a pas le ciel comme demeure, tel que cela a été dit, mais bien la terre, comme nous l'avons pour vivre, et pour y vivre la vie que je vais vous dévoiler. »

5° SYNDROME D'ACTION EXTÉRIEURE

Il représente l'ensemble des sentiments d'influence, de dépossession, d'agression personnelle et il s'exprime par les fausses perceptions de la malade dans tous les domaines sensoriels (Hallucinations auditives, cénesthésiques, psycho-motrices, psychiques, visuelles même).

a) *Hallucinations psycho-motrices graphiques : l'écriture automatique.* — Dès qu'elle se met devant une feuille de papier sa main court et elle écrit. Ce sont les esprits qui guident sa main : « Il suffit de se dédoubler. » « J'arrive, dit-elle, à écrire très lisiblement et je prends les communications aussi vite qu'il est possible. » Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

b) *Hallucinations auditives.* — Elles sont surtout verbales : « J'entends, dit-elle, comme si vous me parlez... Ça se passe quelquefois derrière moi. » — « J'étais arrivée, écrit-elle, au bout de quelque temps, à écrire très vite et j'eus la surprise d'entendre un jour, ma main s'arrêtant d'écrire, une voix qui dictait la fin de la phrase que j'écrivais. Je fus tellement saisie que je balbutiais, mais j'entends ! La voix qui me faisait travailler à cet instant même et qui était de ma famille me donna la certitude que je ne devais pas douter. En effet, j'entendais bien sa voix continuer la communication. C'est ainsi que je suis devenue médium auditif. » Elle écrit encore ailleurs : « Je suis depuis 4 ans médium auditif comme je vous l'ai dit précédemment. *Je veux dire que j'entends la voix des âmes aussi facilement que vous pouvez me parler.* » « Maintenant, dit-elle, ça crie même quand je n'écris pas. Au début il fallait être au poste d'écoute pour entendre. Quand je commençais à entendre, elles riaient de tout leur cœur. C'étaient des rires... *C'est une voix très vive.* »

c) *Hallucinations cénesthésiques.* — Elle se plaint que les esprits lui grignotent le cerveau. « Ça fait très mal. J'ai des trous dans la cervelle. Ils tracent des sillons, ils ont fait des trous dans les vertèbres de la colonne vertébrale. La trachée est percée en bas. J'ai une poche avec de l'eau pourrie près de l'anus. Ils m'attaquent le ventre. Les hallucinations génitales sont nettes : « Je suis réveillée la nuit et j'ai la sensation nette d'un acte qui se passe mais absolu-

« ment comme s'il était réel en intimité. Cependant je ne ressens
« absolument rien. »

d) *Hallucinations visuelles.* — On fait voir des visions, des scènes, des images, mais elle parle alors surtout du début de ses troubles, d'une période où elle paraît avoir présenté un léger état confusionnel.

e) *Hallucinations psychiques. Suggestions. Transmissions de pensées.* — Pour nous conformer à la tradition, nous décrirons ici les propos hallucinatoires formulés « en pensée » transmis sous forme de *suggestions*. Ces suggestions sont des ordres, des désirs. Elle devient « hystérique ». On lui donne des idées, par exemple, de se faire photographier la cervelle.

« L'âme, écrit-elle, aime à taquiner et à énerver l'homme. Elle lui
« donnera par exemple le désir d'une promenade, si elle en a le désir
« elle donnera une idée sensuelle. L'effort fait sur les nerfs de cer-
« tains sujets sensibles a une répercussion terrible sur le cerveau des
« êtres et cette répercussion est telle qu'elle peut pousser un être à
« tuer, à voler. L'idée est tellement forte, surtout lorsqu'elles s'y met-
« tent à plusieurs, qu'il est impossible à un être de ne pas obéir à
« leurs ordres. »

D'ailleurs les communications qu'elle reçoit sont presque entièrement perçues comme des voix dans la tête.

Enfin l'esprit peut faire voir d'après son idée une image quelconque, un songe, une frayeur. Il peut ainsi voir un être vu « il y a des années... ».

f) *Éléments du syndrome dit d'Automatisme mental.* — L'écho de la pensée, le commentaire des actes sont très nets : « C'est le petit
« Journal. Tout le temps elles me parlent, elles répondent, elles
« savent ce que je vais penser, elles le répètent. Elles s'amuse à
« m'attraper. »

Il y a aussi chez notre malade une effraction continuelle et complète de sa personnalité et pour ainsi dire une dissolution de sa personnalité qui reste réduite aux seules velléités bonnes, saines. De tout le reste le Moi est dépossédé et, comme nous le verrons plus loin, en quelque sorte irresponsable. Les esprits la possèdent, lui parlent, la font agir et penser. Selon leurs nationalités, ils lui font du bien et du mal. Elle vit dans leur commerce continuel. Quand son mari arrive ils gambadent et rient. Ils vont au-devant de lui et ne cessent pas de s'amuser. « C'est même drôle, dit-elle en riant. C'est une comédie. »

Fond mental. Comportement

Les fonctions mentales élémentaires sont satisfaisantes. Elle calcule assez bien à condition que le problème soit facile. Elle est bien orientée. Sa mémoire ne présente ni lacunes ni fléchissements.

Mais dans l'ordre de son adaptation aux événements et aux situations, nous relevons une certaine *passivité*. Elle s'est laissée conduire

par ses parents, par son amant, par son mari. Jamais elle ne paraît avoir dirigé effectivement son existence. Dans l'ordre de ses croyances, nous notons un abaissement considérable du seuil de la critique. Elle admet ce qu'on lui dit, avec une exceptionnelle suggestibilité. Jamais elle ne cherche à justifier ses idées ou à produire des explications. Ses écrits mêmes, abondants, manquent souvent de correction. L'expression est fréquemment maladroite.

Tous ces traits nous paraissent indiquer chez elle une *mentalité assez faible et inférieure*.

— Un deuxième trait que nous devons signaler, c'est son *activité autistique*. Depuis des années, elle néglige son ménage pour s'adonner entièrement aux communications avec les esprits. Elle ne sort pas. Elle ne voit personne : elle vit très isolée et pour ainsi dire seule car son mari qui voyage n'est presque jamais avec elle.

— Elle ne sort que pour accomplir des *démarches délirantes*, pour s'occuper de faire imprimer ses « œuvres » ou se faire photographier la cervelle. Son costume est propre mais désuet, avec un certain goût pour les ornements surannés (voilettes, corsages en dentelle, guipures).

— Quant à son ton affectif il est assez peu exalté. Elle est satisfaite mais assez indifférente et à ses maux et à ses triomphes de médium. Elle est amène et tranquille. Elle parle assez peu. Elle ne nous a jamais montré, au cours de multiples entretiens, la moindre surexcitation. Elle dort bien la nuit. En un mot, rien ne permet de voir chez cette malade des troubles de l'humeur, surtout dans le sens d'une hyperexcitation.

Début et genèse du délire

D'après les déclarations de la malade, et il faut bien le dire, d'après les tendances doctrinales de chacun, on peut se représenter la genèse du délire de deux manières bien différentes.

On peut prendre argument de ce que la malade écrit dans sa plaquette « Médiumnité », « Comment je suis devenue Médium » : « Voilà ce qui fut fait sur moi. Le jour, c'était de la suggestion faite dans la tête. » « Elles se plaçaient dans le sillon inter-hémisphérique du cerveau pour faire une suggestion forte m'obligeant à prendre leurs idées, comme par exemple à prendre un objet... A force de faire ces suggestions constantes, elles arrivèrent à obtenir des résultats positifs : j'obéissais malgré moi et j'exécutais leur pensée. Par la suite elles me donnèrent l'idée de mes morts et cette idée devint tellement fixe en moi que je résolus de les chercher, etc. » Il semble, dès lors, que le spiritisme ne soit venu que vêtir une psychose préétablie.

Inversement, on peut faire remarquer que les déclarations de la malade sont à ce sujet suspectes, car ce petit opusculé a été

écrit il y a un an avec toutes les convictions solides du délire actuel et qu'elle interprète plus qu'elle n'expose les motifs qui l'ont amenée au spiritisme. Mais, bien plus, ces propos se contredisent avec ce qu'elle a écrit par ailleurs où elle déclare « que la mort de sa mère qui était sa grande amie, la plongea dans une grande détresse. Quelqu'un me dit que les morts pouvaient communiquer avec les vivants. Je lus alors les livres d'Alain Kardec. J'étudiais. Je relisais les passages intéressants. Je ne le disais à personne. Je me cachais ». C'est dans ces conditions que, le 2 décembre 1924, deux ans après la mort de ses parents, elle devint médium écrivain puis médium auditif. Dès lors, on peut concevoir que la croyance au spiritisme a été initiale, consolatrice et provocatrice du délire avec tout son cortège de phénomènes qui représentent au fond les applications pratiques coutumières et classiques de l'adhésion à ce que l'on pourrait appeler la métaphysique spirite.

Pour nous, dans ce cas particulier, il nous semble que l'on peut aussi envisager les choses d'un autre point de vue encore.

Nous retenons, dans les déclarations de notre malade, ce qu'elle nous dit de l'état initial et précurseur du délire. Elle venait de perdre sa mère et plusieurs parents. Elle était en état de déficit physique évident (ménopause, hémorragies abondantes). Elle avait des frayeurs. En particulier, « quand je retournais dans la maison où ma mère était morte, j'avais des cauchemars, je voyais ma mère dans la cour. J'étais poussée à chercher ma mère. On me suggestionnait des rêves, des scènes de la vie passée où j'avais été mêlée ». C'est à ce moment qu'elle éprouvait des sentiments d'influence très violents. Tous ces symptômes, on les voit fréquemment réalisés dans ces épisodes ménopausiques avec obtusion, anxiété, cauchemars. Et nous croyons que c'est à la faveur de ces états oniroïdes que le délire a pu s'organiser. Seulement, si ce facteur « organique » primordial nous apparaît ici nécessaire, il ne nous paraît pas suffisant et nous croyons que si chez cette malade des tendances affectives profondes ne l'avaient pas attirée, « poussée » au spiritisme, si le spiritisme ne lui avait pas fourni toute la matière et toute la qualification des symptômes hallucinatoires (comme nous le verrons plus loin), son état mental aurait probablement récupéré au bout de peu de temps sa lucidité au lieu de sombrer dans le délire.

L'entraînement, la longue initiation, l'expectation délirante, les croyances et les pratiques spirites, une fois le délire organisé, nous paraissent dans la suite suffisants pour créer tous les phénomènes actuels.

Analyse du délire hallucinatoire actuel

1° Actuellement, la malade s'est dépossédée de toute une partie de son activité. Elle a perdu la spontanéité de la plupart de ses actes. On lui fait penser ceci, on lui fait faire cela. Les pensées qui lui viennent à l'esprit ne sont pas d'elles, mais lui sont suggérées. Remarquons tout de suite qu'il ne s'agit pas seulement d'elle. Tout ce qui pour elle représente le Bien, l'Honnête et qui est incarné surtout par la France, est infesté par les entreprises d'esprits qui, eux, font le Mal. Les fautes politiques de la France, celles en particulier, dit-elle, de nos députés sont dues aux esprits du Sacre allemand et autrichien qui dirigent leur cerveau. « Les Esprits sont toujours responsables dans les actes de folie ou de volonté des hommes. » Tout ce qui est immoral, les crimes, la prostitution (la sexualité au fond) est dû aux esprits.

« Je pense à certains crimes que des hommes ou des femmes ont commis et qui sont jugés avec sévérité par la loi, et je le dis ici devant tous, c'est commettre la plus grave des injustices lorsqu'un malheureux agit ainsi sous le coup d'une suggestion d'âmes coquines. Ce sont les esprits qui débauchent les épouses françaises et qui poussent les hommes au vice. Elle-même, notre pauvre malade, moi qui suis d'un tempérament froid, je constate dans certains moments que je ne suis pas dans mon état naturel. Je suis obsédée par une idée que j'appellerai hystérique, état contraire à ma nature molle, mais j'insiste en disant que je suis poussée à l'extrême. Je vis seule; mon mari ne rentre que tous les deux mois. J'ai des désirs continuels. »

Ainsi le délire apparaît sous cet aspect d'une vaste disculpation du Mal dont elle-même, ni ses amis, ni son pays ne sont responsables. Il y a dépossession des actes et des pensées pour le rejeter sur une influence extérieure à la personnalité. Cette projection hors de la synthèse du Moi des éléments de la vie mentale nous paraît très considérable, car le délire hallucinatoire se révèle comme essentiellement et primordialement mû par une interprétation foncière et constante dans le sens de la dépossession de tous les phénomènes de l'automatisme mental et moteur que nous éprouvons tous (idéations brusques, discours intérieurs, imagination, « inspiration »).

Le point le plus singulier et le plus remarquable de cette dépropriation est la façon dont son « inspiration » est interprétée par elle comme exogène. C'est ce qu'elle appelle son *écriture automatique*. Au début, dit-elle, « c'était très difficile ; je me

« mis à travailler le soir dans le plus grand calme, seule et là ne
 « pensant à rien, le bras légèrement soulevé au-dessus de la table,
 « je ne posais que la pointe de la plume sur le papier et je lais-
 « sais la main tracer sur le papier. Je ne regardais jamais le
 « papier lorsque ma main remuait pour écrire.

« Je me dédoublais très simplement, je restais neutre. Je suis
 « arrivée à écrire très lisiblement au bout de six semaines. » En
 effet, l'écriture ici n'a pas été d'abord *semi-mécanique* pour deve-
 nir *mécanique*. Elle a d'abord été « mécanique » en ce sens que
 la malade n'y participait qu'inconsciemment, tandis que dans la
 suite et maintenant, elle écrit « d'un jet en même temps qu'elle
 pense » ou plutôt « qu'on la fait penser ».

Cette interprétation fondamentale favorisée par une attitude
 continuelle d'*expectation délirante*, se trouve bien mise en
 lumière dans ce passage où la malade se revanche par antici-
 pation des accusations que les psychiatres porteront contre elle, de
 prendre ses propres pensées pour celles des esprits. « L'homme,
 écrit-elle à plusieurs reprises, ne sait pas distinguer les pensées
 qu'il prend. Bien des fois, celui qui entend la voix de son esprit
 ne croit pas que ce soit l'esprit qui parle et si l'homme sent en
 lui des moments d'angoisse, d'énervement, le contrariant dans un
 acte qu'il fait ou encore s'il prend en lui des réflexions soudaines,
 brusques, le détournant de l'idée qui l'occupe à l'instant même,
sa voix ou son idée lui transmettent bien la phrase reçue dans
 son cerveau et cette réflexion ou cette pensée qu'il croit sienne
 n'est autre que celle de l'esprit... Lorsqu'un homme dit en lui-
 même : « Ah ! que tu t'y prends mal, *cette réflexion qu'il croit*
sienne, n'est autre que celle de son esprit ».

Il y a donc pour elle *dans ce qu'elle éprouve* identité complète
 entre les lapsus, les idéations brusques, la conversation inté-
 rieure, etc., et les phénomènes qu'elle décrit comme de nature
 exogène. Ce qu'il y a donc de *pathologique* chez elle, ce n'est pas
 l'apparition de phénomènes parasites particuliers, *c'est la dépos-
 session délirante de phénomènes banaux*.

Le corollaire, pourrait-on dire, de cette dépossession, c'est
 l'*attribution à une présence et à une action étrangères*. Il y a
 là une telle projection hors de soi de ces phénomènes que toutes
 ces idées, ces sentiments, en s'opposant à la personnalité, se
 posent du même coup comme une réalité objective « hallucina-
 toire ». La malade croit à l'existence des esprits, ils sont là, ils
 sont dans sa tête, elle les entend, elle parle avec eux. Ils s'en-
 tretiennent avec elle. Le spiritisme, en justifiant la possibilité de
 tels phénomènes, de tels êtres, garantit l'authenticité de l'hallu-

ination. La malade a des perceptions d'objets qui n'existent pas ; elle y croit comme à une réalité et dans son langage et ses écrits elle nous offre cette réalité avec une conviction absolue. C'est, croyons-nous, cette *croyance essentielle dans la réalité d'une perception injustifiable* « qui n'existe pas » que réside le trait fondamental des hallucinations et c'est cet élément essentiel qui est apporté à notre malade par le spiritisme, par le délire spirite.

Délire et syndrome hallucinatoire

L'hallucination a suivi le développement du délire. Elle a été conditionnée, comme nous l'avons indiqué, par une attitude d'expectoration délirante. Elle représente un faux jugement de réalité, une projection dans « la réalité » [qui s'oppose à la personnalité (objectivité psychique)] de ce qui n'est plus reconnu comme à soi ...et en particulier de l'ensemble des phénomènes de notre automatisme moteur et idéique sur lequel le délire projette brusquement une attention trop vive.

Pour nous, la question pathogénique essentielle est de savoir comment le délire s'est construit et nous avons émis l'hypothèse que des bouleversements organiques initiaux ne devaient pas être étrangers à sa genèse. Nous ne pensons pas que le renversement de l'ordre des facteurs (l'hallucination créant le délire) soit justifiable ou en tous cas justifiée.

D'ailleurs, l'hallucination apparaît constamment dans les déclarations de la malade comme un phénomène assez flou et difficile à préciser. Ce qu'il y a de frappant chez elle, c'est plus un effacement des limites entre ce qui est réel ou imaginaire possible ou impossible, ce qui est extérieur ou intérieur (hall. psychiques ou auditives, par exemple), que l'imposition neutre, mécanique et inexplicable de phénomènes qui se surajouteraient *effectivement* à ses perceptions ou à ses idées. Nous ne voulons pas insister ici sur ce point important, mais notons ce passage : « L'homme a dans la tête un miroir sans prix qui répond tout à « l'appel du souvenir ; ce n'est rien pour lui puisqu'il ne s'y « intéresse pas et c'est tout pour l'esprit cependant, puisqu'il est « là, incompris, restant seulement en un corps qu'il aime et qui « ne lui donne rien. Il est ce miroir, le transmetteur des pensées « de son esprit qui le protège dans ses idées, enfin l'homme a « tort de ne pas chercher en lui ce qui le double dans la vie. »

N'avons-nous pas le droit de nous demander quels éléments objectifs nous pouvons tirer en matière d'écho de la pensée, par exemple d'une malade qui intègre ainsi dans tout son système

délirant les éléments de son activité mentale et ne devons-nous pas suspecter ses dires comme nous suspectons, sans chercher seulement à en vérifier les données, ses déclarations touchant l'action des esprits sur le monde et les événements ?

Il nous paraît en effet que nous nous trouvons en présence d'une malade dont la mentalité est *bouleversée dans ses catégories essentielles*. Enflée de métaphysique spirite, sa pensée est uniquement polarisée dans une activité autistique vers le monde des âmes et des esprits. Elle présente du fait de la suggestion des croyances spirites (non exclusives d'ailleurs pensons-nous), une mentalité *paralogique* qui nous la fait assimiler aux états paranoïdes.

On oppose souvent la FORME hallucinatoire au CONTENU du délire. Le contenu apparaît dès lors comme souvent pittoresque mais toujours contingent, le syndrome hallucinatoire serait la vraie forme du délire, c'est-à-dire sa condition basale et essentielle. Nous pensons quant à nous que, dans le cas particulier, on ne peut pas opposer une forme et un contenu dans le délire : le symptôme hallucinatoire dans sa qualification particulière est essentiellement solidaire et dépendant du « contenu », et inexplicable sans lui. Ce contenu exprime la part importante des croyances et pratiques spirites dans la genèse et l'organisation du *délire hallucinatoire*. Quant à ce qui reste du fait délirant quand on en a enlevé sa matière propre, c'est-à-dire la croyance en telle ou telle réalité, ce sont les conditions même d'apparition du délire et croyons-nous précisément, ses conditions biologiques. Nous considérons donc notre malade comme ayant pu être déterminée dans le développement de son délire par l'état semi-confusionnel qu'elle a présenté au début de ses troubles, mais nous pensons que la structure même de son délire et, singulièrement, ses ornements hallucinatoires sont fonction directe de son *délire paranoïde spirite*.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 9 Juillet 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président

Imbécillité par hérédo-syphilis, évolution démentielle. Syndrome humoral paralytique, par R. DUPOUY et A. COURTOIS.

Il nous a paru intéressant de présenter devant la Société ce jeune homme chez qui l'infection syphilitique héréditaire s'est manifestée dès les premières années par une encéphalopathie qui arrêta le développement intellectuel au niveau de l'imbécillité et qui, évolutive, entraîne après quinze ans la constitution d'un état d'affaiblissement démentiel avec syndrome liquidien de type paralytique.

S. Louis, 20 ans, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 3 juin 1931 avec le diagnostic d'imbécillité.

Antécédents : mère morte à 30 ans de tuberculose pulmonaire. Père polonais, 52 ans, bien portant. Nie la syphilis mais les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont positives dans le sang. Il s'est remarié, sa seconde femme a eu 4 enfants bien portants et pas de fausses couches.

Louis est venu à terme, après un accouchement long, terminé par une application de forceps. Il ne présentait pas, paraît-il, de lésions cutanées suspectes. Développement initial normal. Il a parlé, marché, été propre de bonne heure.

A 5 ans, « convulsions » de longue durée, avec état grave pendant plusieurs semaines et paralysies consécutives. Il est traité alors aux Enfants Malades par des piqûres que l'on continue pendant deux ans.

Depuis ce moment le développement intellectuel n'a guère fait de progrès. Louis aurait même perdu alors une partie des connaissances acquises. Son langage resta rudimentaire avec un stock de substantifs, de verbes et d'adjectifs juxtaposés très réduits.

Il ne put apprendre à lire, ni à écrire, les calculs les plus simples ne purent jamais être effectués. Mais il comprenait la conversation, ses réponses et sa mimique indiquaient même qu'il ne manquait pas d'un certain jugement.

Il se montra toujours gentil et affectueux envers ses parents et ses petits frères. En compagnie d'autres enfants il était doux et patient.

Ses distractions restèrent fort calmes, il s'amusait pendant des heures avec un crayon, qu'il ne manquait pas de casser ; une bobine, un morceau de papier qu'il roule et déroule pendant des heures, avant de le déchirer en menus morceaux.

Il ne gâtait pas. Dès après les convulsions la marche s'effectuait difficilement.

C'est seulement depuis cinq années, vers l'âge de 15 ans, que l'entourage remarqua certaines modifications dans le comportement du jeune malade. D'abord des absences épileptiques : arrêt des jeux, pâleur, fixité du regard ; durée quelques secondes ; en même temps, des colères éclatant à la moindre contrariété. Enfin depuis deux ans sont apparues des crises convulsives de type comitial, perte de connaissance, chute, convulsions, miction involontaire ; confusion et paralysie des membres du côté gauche post-paroxystiques durant quelques minutes. Fréquence variable des accès qui — sans traitement — se répétèrent parfois 2 à 3 fois le même jour.

En outre, et semble-t-il avant l'apparition des crises convulsives, d'autres manifestations étaient progressivement apparues depuis 3 à 4 ans. Ce sont des symptômes d'affaiblissement intellectuel. Louis devint moins actif, indifférent, se désintéressant de l'entourage. Il ne reconnaît plus des parents qu'il ne voit pas d'une façon quotidienne ; il a de fausses reconnaissances. On remarque des rires sans motif. Il fallut l'aider à manger, il devint gâteux.

Parfois il est turbulent, se promène dans l'appartement souvent complètement nu devant ses jeunes sœurs alors qu'auparavant il avait un certain sentiment de pudeur. Il pousse des cris sans motif. On ne signale pourtant aucune velléité de violences. Tous ces phénomènes obligèrent sa famille — qui l'avait toujours conservé — à demander son entrée dans un hôpital.

À l'examen, on constate un état d'arriération psychique accusée. L'étude de psychologie expérimentale (Mlle Weinberg) précise : âge mental 3 ans. Quotient intellectuel : 18 (idiotie).

Le langage spontané est très rudimentaire. Quelques phrases stéréotypées reviennent si l'on essaie une conversation. « Bonjour, monsieur » lancé d'un air de clown, « moi bien gentil », « jolie petite sœur », « toi vilain pas donné café ». Excitation psychique euphorique, contentement de lui-même, de tout ce qu'il possède ; parle d'une belle auto, d'une belle maison.

La mimique adaptée exprime d'habitude le plaisir ; la peine ou le mécontentement sont manifestés par des grognements, des cris ou bien Louis se mord l'index droit ou le médius gauche et cela depuis plusieurs années, si bien que des durillons se sont formés par la répétition des mordillements.

L'affectivité semble touchée : après les visites, le départ de sa famille ne paraît accompagnée d'aucun regret. Louis parle quelques fois de sa mère morte et raconte en riant qu'elle est au cimetière. Son activité est actuellement des plus réduites. Habituellement au lit, il roule et déroule tout le jour des morceaux de journal, puis les déchire ; parfois laceration de linge, il déchiquette son drap, sa chemise. Larcins, vols de fruits et de friandises dans les tables de nuit voisines. Gâtisme fréquent.

La station debout est difficile, la marche spasmodique, mal assurée, sautillante surtout parce que le pied gauche en équinisme ne prend appui que par sa pointe.

Malformations cranio-faciales. Bosses frontales apparentes, asymétrie crânienne.

Voûte palatine très ogivale ; mauvaise implantation dentaire, ébauche d'une seconde rangée derrière la ligne normale ; tubercules sur-numéraires aux molaires.

Oreilles à pavillon simplifié, absence de lobule.

Paraplégie spasmodique. Réflexes tendineux très exagérés, polycinétiques. Signe de Babinski des deux côtés ; quelques secousses de clonus de la rotule.

Présence des réflexes abdominaux et crémastériens.

Tremblement digital et lingual. Dysarthrie difficilement appréciable.

Pupilles inégales (droite +), dilatées, déformées ; les réactions à la lumière, à l'accommodation, à la convergence sont nulles. Le fond d'œil paraît normal. Pas de paralysie des muscles moteurs des globes (D^r Potiquet).

Tension artérielle : 14-7, Pachon.

Les urines n'ont pu être examinées (gâtisme).

La radiographie de quelques épiphyses a montré que l'ossification était terminée (D^r Misset).

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn positifs dans le sang. Azotémie : 0,19. Liquide céphalo-rachidien, tension : 50-30. Albumine : 0,60. Pandy : ++. Weichbrodt : +. Leuco. : 5. Benjoin : 22222.22220.00000. Parégorique : 11-1. Bordet-Wassermann et Meinicke positifs.

Cette observation rappelle celle publiée par Joffroy de paralysie générale développée chez un imbécile (1), diagnostic qui fut vérifié ultérieurement au point de vue anatomo-pathologique. Il semble bien que chez notre malade le niveau intellectuel arrêté

(1) A. JOFFROY. — Paralysie générale juvénile chez un sujet de 23 ans. *Encéphale*, 1908.

lors de l'encéphalopathie convulsive qu'il présentait à l'âge de 5 ans et qui fit de lui un imbécile, se soit encore abaissé depuis environ 4 ans, avant même que de nouveaux accidents convulsifs soient apparus. L'imbécile s'est « idiotisé » — ou plutôt « démentisé », puisqu'il a dépassé le stade infantile. L'euphorie, les idées de satisfaction et de richesse se voient assurément dans les états d'imbécillité, mais elles se rencontrent plus habituellement dans la démence paralytique. Il semble bien également qu'aux déficiences arthrolatiques de son langage rudimentaire se soit surajoutée une dysarthrie du type paralytique.

Enfin les signes pupillaires et les réactions humérales du liquide céphalo-rachidien spécifient l'atteinte syphilitique du système nerveux. L'évolution progressive de cette encéphalopathie hérédo-syphilitique nous porte ainsi à penser à une atteinte cortico-méningée primitive vers 5 ans, avec accidents convulsifs passagers, et à un processus secondaire récent de méningo-encéphalite diffuse et progressive de type paralytique. Il s'agirait en ce cas d'une paralysie générale greffée sur un état d'imbécillité — l'un et l'autre conditionnés par l'hérédo-syphilis.

L'ossification des cartilages de conjugaison étant complète, ce cas ne rentrerait pas dans le cadre des paralysies générales juvéniles auxquelles Joffroy avait donné comme critère l'ossification des cartilages épiphysaires.

M. MARCHAND. — Nous avons publié avec M. Toulouse, il y a très longtemps, l'observation analogue d'une jeune fille qui, pendant des années, avait été prise pour une imbécile avec épilepsie parce qu'on n'admettait pas alors la possibilité de la paralysie générale. Très souvent, ces paralysies s'accompagnent de paraplégie en flexion conditionnées par des lésions du lobule péral. Pourquoi les auteurs n'intitulent-ils pas leur communication paralysie générale juvénile ?

M. René CHARPENTIER. — Dans le cas du Professeur Joffroy, rappelé par les auteurs, il s'agissait d'un myxoédémateux antérieurement en traitement dans le service de la Clinique. C'est là qu'apparurent les premiers symptômes de la paralysie générale. Sous l'influence de l'excitation intellectuelle de cette période de début, le malade parut s'éveiller et put même apprendre à lire. Mais cet éveil fut de courte durée, et fit rapidement place à la démence.

M. COURTOIS. — C'est d'une paraplégie corticale qu'il s'agit en effet chez notre sujet. Si nous n'avons pas mis le titre de paralysie générale, c'est par scrupule. Nous ne voulons, dans un cas où le diagnostic est aussi épineux, rien affirmer sans données histologiques.

Syndrome hallucinatoire et syndrome pallidal,
par A. COURTOIS et P. MARESCHAL.

Il n'est pas rare que des malades présentent à la fois un syndrome neurologique et des phénomènes mentaux caractérisés. On pourrait même dire que si une lésion du cerveau est assez importante pour se traduire par des troubles moteurs par exemple, il est exceptionnel qu'à un moment quelconque de l'évolution de la maladie, d'une façon durable ou passagère, minime ou prévalente, des troubles intellectuels ne viennent pas s'ajouter aux symptômes neurologiques.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui est entré à l'Hôpital pour un syndrome hallucinatoire avec idées de persécutions ; or, depuis plusieurs années, il souffre de troubles moteurs complexes pour lesquels il a consulté nombre de neurologistes.

La coïncidence de ces deux syndromes, neurologique et mental, nous a paru mériter de retenir votre attention (1).

L. Pierre, 41 ans, menuisier, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 12 juin 1931 parce que depuis plusieurs mois « on lui vide le cerveau ».

Nous avons pu, grâce à la mémoire excellente du sujet — dont l'intelligence paraît intacte — reconstruire son histoire. Mais il a fallu beaucoup de patience et de temps, la dysarthrie et la dysgraphie que présentent ce malade rendant habituellement inintelligible la parole comme l'écriture.

Antécédents : père alcoolique mort à 47 ans de tuberculose. Mère sourde, sujette à des crises d'aphonie. Un frère tué à la guerre.

Histoire de la maladie. — Lui-même fut normal jusqu'au début de 1914. Il était alors charpentier au Maroc où il contracte le paludisme. En janvier 1914, « embarras gastrique fébrile » avec tendance à la somnolence diurne, pas de diplopie. Mais apparition d'une « paralysie faciale » avec *ictère* franc qui persistent encore au moment de la mobilisation quand le malade revient à Bordeaux où il consulte le P^r Pitres.

Cependant, mobilisé, il part en premières lignes, et n'est évacué qu'au début de novembre 1914. Le 6 novembre, il entre au Val-de-Grâce d'où il est dirigé le même jour vers la Salpêtrière. Le P^r Pierre

(1) Nous n'insisterons pas sur les phénomènes neurologiques n'ayant pas la compétence pour les analyser, les discuter, les rapporter à la lésion causale. D'autre part le P^r Lhermitte qui a bien voulu venir examiner ce malade se propose de l'étudier spécialement. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés et l'intérêt qu'il nous a toujours aimablement manifesté.

Marie aurait parlé à ce moment — toujours aux dires du malade — de « paralysie bulbaire symptomatique d'un début de sclérose latérale amyotrophique ». On le réforme et il retourne à Bordeaux. Plus tard, après un nouvel examen du P^r Pitres, il revient à Paris, est encore une fois incorporé, puis envoyé à Thiais où il reste 17 mois et où l'on paraît, dit-il, le prendre pour un simulateur. Ensuite, il passe aux Invalides devant une Commission qui l'envoie à Maison-Blanche. Là, le D^r Laignel-Lavastine aurait parlé de syndrome pseudo-bulbaire. Finalement il est rendu à la vie civile en mai 1917.

Il peut reprendre son métier de charpentier mais se fait traiter à la consultation du D^r Babinski pour son spasme facial. Il est présenté par M. Babinski à la Société de Neurologie le 5 mai 1921 avec le diagnostic de spasme facial post-encéphalitique.

Depuis, le malade a présenté plusieurs fois de l'ictère pendant quelques semaines. Les phénomènes neurologiques se sont progressivement aggravés après des poussées évolutives successives, semble-t-il. Nous énumérerons seulement les principaux. Les plus apparents sont la dysarthrie : parole spasmodique parfois explosive à début irrégulier d'abord difficile, bégayante, puis très rapide, pour devenir interminablement traînante. On note aussi de la palilalie. La parole s'accompagne de spasmes généralisés : spasmes faciaux, ouverture démesurée de la bouche, renversement de la tête en arrière, souvent extension forcée des membres supérieurs avec parfois torsion sur leur axe, contractions des muscles des jambes, surtout des extenseurs. Le chant est relativement plus facile. La déglutition s'effectue sans incidents. Ecriture difficile (par contracture d'effort irrégulière avec paligraphie et tendance à la micrographie). Pas de paralysies, pas de troubles sensitifs, ni de la réflexivité. La marche est souvent difficile. Impuissance sexuelle depuis longtemps.

Examen oculaire (D^r Prieur). Pupilles égales, réflexes lumineux faibles avec hippus marqué. Acuité visuelle, fond d'œil, champ visuel normaux. Pas de troubles de la motricité des globes.

Examen otolaryngologique (D^r Labarraque). Paralysie des dilateurs du larynx. Epreuves caloriques, nystagmus sans réactions vertigineuses.

Les phénomènes mentaux sont d'apparition récente, semble-t-il. Ils paraissent avoir débuté en décembre 1930. Hallucinations auditives. Pierre a entendu le 14 décembre 1930, précise-t-il, une infirmière de la Salpêtrière, dont il a reconnu la voix, dire : « Dans deux heures cette sale bête de L... ne nous embêtera plus. » La même nuit, une autre infirmière répétait : « Il s'est trop branlé, c'est ça qui l'a perdu. »

Depuis, les phénomènes hallucinatoires ont continué. Le 24 février, il s'aperçoit que l'on « surprend » sa pensée. Il entend les voix d'infirmières de la Salpêtrière (où il a fait de nombreux séjours) répéter « il est foutu, il est fou ». Un interne du P^r Guillaumin qui fait de la « télépathie » le lui a dit aussi. D'ailleurs cet interne dirige les

persécutions et s'arrange avec les infirmières de la radiologie pour lui travailler la tête avec « l'électricité statique ». Une nuit il a failli « être cuit » par les rayons, il a dû quitter sa chambre et se promener dans la rue à 2 heures du matin. D'autres fois on lui électrise la verge (on aurait même commencé depuis un an déjà).

On lui a envoyé des gaz, il a failli être asphyxié et a dû ouvrir sa fenêtre. Un autre jour l'infirmière qui le poursuit spécialement a mis de l'arsenic dans sa soupe pour l'empoisonner, il a dû boire plusieurs litres d'eau au cours de la nuit (parle de 32 litres) pour atténuer la brûlure de l'arsenic.

En juin, la situation est devenue intenable. L'interne et les infirmières de la Salpêtrière sont venus s'installer dans une rue proche de son domicile pour le tourmenter plus à leur aise. Les voix télépathiques, les rayons, la statique, les odeurs ne lui laissent plus de repos même la nuit. Il a l'impression d'être « l'antenne » de la France et du monde entier. Sa tête se vide, « la substance cérébrale est décollée » ; c'est alors qu'il vient demander protection à l'Hôpital Henri-Rousselle. L'enquête du service social a confirmé les dires du malade. Les persécutions continuent d'ailleurs à l'Hôpital, mais les courants sont moins forts, pourtant des voix répètent encore : « il est foutu, il est fou ».

L'intelligence paraît normale. La mémoire est excellente. Mais l'activité est nulle peut-être surtout à cause des troubles moteurs, mais aussi sans doute en raison d'une certaine indifférence générale. L. ne lit guère, ne s'intéresse à rien dans le service, il n'essaie pas d'entrer en rapport avec ses voisins, de partager leurs jeux. Il se promène seul dans le jardin ou reste au lit toute la journée. Ses persécutions sont acceptées sans réactions graves jusqu'ici, pourtant si on lui demande s'il songe à se défendre il répond qu'il les tuera « avec une mitrailleuse ».

Examens biologiques. — Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,30. Pandy et Weichbrodt négatifs. Leuco. : 0,4. Benjoin : 00000.02220. 00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke normaux. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn du sang négatifs. Azotémie : 0,43. Glycémie : 0,87. Cholestérinémie : 1,97. Pigments biliaires du sang : 1/35.000. Epreuve du rose bengale : 2,23 (norm. : au-dessous de 3).

Urines, sans éléments pathologiques sauf de l'urobilinurie et des sels biliaires en petites quantités.

Ajoutons que le foie ne paraît pas modifié dans son volume.

Examen électrique (Mlle Néoussikine). Chronaxies normales aux muscles examinés (bras, cou, lèvres, front). Pas de réaction myotonique.

L'examen radioscopique du diaphragme (D^r Misset) n'a rien révélé d'anormal de ce côté.

Il s'agit donc en résumé d'un malade de 41 ans qui, en 1914, à l'âge de 24 ans, présenta après une maladie infectieuse indé-

terminée une paralysie faciale (ou spasme facial) accompagnée d'une jaunisse. Depuis ce moment, les symptômes neurologiques se sont complétés pour offrir le tableau que l'on constate aujourd'hui et que le Dr Lhermitte, derrière l'autorité de qui nous nous abritons, rapproche des cas décrits par Cécile Vogt sous le nom d'état dysmyélinique du striatum.

Rappelons encore qu'à plusieurs reprises un ictère franc est apparu au cours de cette évolution. Bien que les examens pratiqués n'aient pas permis de mettre en évidence une insuffisance hépatique actuelle, ce cas semble cependant à rapprocher des syndromes où l'on note à la fois des lésions des corps striés et une cirrhose hépatique ou maladie de Wilson (syndromes hépatolenticulaires). Mais, derrière ces dénominations, il nous faut reconnaître notre ignorance de la cause des troubles observés.

L'hypothèse d'une atteinte infectieuse du névraxe ne nous paraît pas inacceptable. Si l'on veut bien se rappeler le début au cours d'une maladie infectieuse, étiquetée « embarras gastrique fébrile », l'évolution progressive mais par poussées avec périodes intervallaires où certains symptômes diminuent d'intensité alors que d'autres apparaissent ou s'aggravent ; les ictères répétés plusieurs fois depuis 15 ans.

Bien que le début de l'affection remonte à 1914, l'idée d'une atteinte d'encéphalite épidémique, acceptée par M. Babinski, ne peut pas être complètement rejetée du seul fait que la maladie épidémique s'est manifestée surtout 3 ou 4 ans plus tard.

D'ailleurs, tout ceci n'est qu'hypothèse et un élément de certitude ne pourrait guère être apporté que par l'examen anatomique.

Quel rapport peut exister entre les deux syndromes neurologique et mental ? Sont-ils tous deux sous la dépendance d'une même lésion anatomique que les signes neurologiques invitent à localiser dans la région pallidale des noyaux striés.

Il serait téméraire de l'affirmer, surtout si l'on admettait la nature infectieuse de l'agent causal, auquel cas les lésions histologiques auraient bien peu de chance d'être strictement confinées à une formation anatomique isolée.

Seul encore, l'examen anatomique pourrait peut-être apporter quelques précisions.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de poser la question et de solliciter des avis à ce sujet. D'ailleurs, quelle que soit la cause de ces deux syndromes associés chez le même malade, ce cas reste une contribution intéressante à l'étude des syndromes hallucinatoires coïncidant avec une atteinte organique manifeste du cerveau ou lui succédant.

Episode méningé révélé par un syndrome d'action extérieure chez une bacillaire cavitare, par Mlle BADONNEL et M. Georges d'HEUCQUEVILLE.

La malade que nous présentons pose un problème diagnostique extrêmement grave.

C'est une jeune femme de 34 ans, dessinatrice industrielle. Elle est devenue veuve après huit mois de mariage, son mari ayant succombé en Afrique à un ictère. Elle a dans son passé de lourds antécédents pulmonaires. En 1921, partageant pendant quelques semaines la chambre d'une phthisique, elle contracte la maladie pour ne jamais se rétablir complètement depuis lors.

Sur ces dix dernières années, elle en passe quatre dans divers sanatoria. On la traite pour bronchites à répétition, dénutrition, pleurésie séro-fibrineuse gauche, dernièrement laryngite. En 1930, on tente un pneumothorax droit, sans succès; elle subit la phrénicectomie droite. Elle n'a jamais présenté d'hémoptysie. Pas d'atteinte viscérale, ganglionnaire ou osseuse.

En dehors de cette longue histoire bacillaire, l'on ne relève aucun antécédent personnel notable : rougeole, scarlatine et coqueluche dans l'enfance, grippe en 1918, ptose gastro-intestinale.

C'est le 15 juin dernier, à son retour du sanatorium d'Angicourt, notablement améliorée dans son état pulmonaire, que son médecin traitant, remarquant pour la première fois des troubles mentaux chez elle, l'envoie consulter à l'Hôpital Henri-Rousselle. Sa mère, qui l'accompagne, rapporte ainsi ce qu'elle a remarqué.

Depuis le divorce des parents, la malade, demeurée avec sa mère, a cessé de voir sa sœur et son frère. Mais leur souvenir la préoccupait, et elle craignait qu'ils ne revinssent un jour troubler leur quiétude. Or, à sa dernière visite au sanatorium, au début de juin, sa mère la trouve bouleversée. Elle vient de se quereller avec une malade; sur le moment, elle ne donne aucune explication de son énervement. La semaine suivante, la mère revient chercher sa fille dont le traitement est terminé. C'est alors qu'elle lui révèle ses craintes : « Son frère et sa sœur sont arrivés au sanatorium; elle les entend proférer des menaces contre elles deux. Tout le monde conspire avec eux; les journaux sont au courant. On devine ce qu'elle pense. » Rentrée chez sa mère, elle se plaint qu'un homme toujours la poursuit. Ces deux derniers éléments d'automatisme sont énergiquement démentis par la malade.

Celle-ci, qui s'analyse fort bien, expose ainsi ses troubles successifs : un jour, au début de juin, elle se trouvait dans sa chambre, la fenêtre ouverte. Dans la cour, des malades parlaient entre elles. Elle ne percevait pas distinctement ce qu'elles disaient, ne reconnaissait pas leurs voix. Tendait son attention, elle croit comprendre que l'on

parle des discordes qui divisent sa famille. « C'est une illusion, pense-t-elle tout d'abord. » Mais, écoutant à nouveau, elle parvient à la conviction que ces entretiens se rapportent uniquement aux choses qui lui tiennent le plus à cœur.

À la suite de ces premières constatations, la malade, toujours en éveil, reste deux nuits sans dormir. Puis, 48 heures plus tard, une céphalée violente s'empare d'elle, la plongeant dans une torpeur profonde : à trois reprises, elle perd ses urines dans son lit.

Ces phénomènes organiques ont rapidement disparu. Et rien depuis lors ne s'est manifesté dans cette sphère. Mais le délire dont ils avaient marqué l'éclosion a continué à se développer.

Elle ne tarde pas, la céphalée disparue, à construire une explication de ce premier fait troublant : les malades en traitement au sanatorium sont au courant des détails les plus intimes de sa vie familiale. Une seule personne avait pu les leur dévoiler, n'avait pas craint de les publier ainsi : sa sœur, qui lui inspire une méfiance et une terreur inexplicables. Bientôt d'autres éléments viennent étayer cette interprétation.

Les jours suivants, elle entend, dans les mêmes conditions, proférer des propos extrêmement désobligeants pour elle : « Ce n'est pas chez l'orthopédiste qu'elle est allée lors de sa dernière permission, comme elle l'avait dit ! » Et l'on donnait une autre version obscène. Une autre fois, paroles haineuses : « Que sa bouillie lui colle l'estomac ; qu'elle perde ses dents et ses cheveux ! » À tant de fiel on reconnaissait l'œuvre de sa sœur. Celle-ci, c'était clair, venait d'arriver au sanatorium, pour y tramer un complot contre son ancienne famille.

Les accusations se font de plus en plus ignobles. C'est toute la vie privée de leur mère que l'on étale pour la traîner dans la boue. On lui prête des paroles et des actes qui la feraient rougir. Enfin, même le mari défunt de la malade n'est pas épargné. La sœur rapporte des détails d'une telle précision sur ce dernier qu'il faut croire qu'elle a eu des relations intimes avec lui.

Rapidement la conjuration se resserre autour de la malade. Ses lettres à sa mère sont décachetées ; par les infirmières, a-t-elle cru tout d'abord. Elle est à présent convaincue que c'est par sa sœur. Un soir, une infirmière et une malade passent auprès de son lit. « Sait-elle, demande la première en la désignant ? Non, pas encore, répond l'autre. » Tout le monde a donc été mis dans le secret.

Enfin voici d'authentiques phénomènes psycho-sensoriels. Une seule fois, elle reconnaît la voix de sa sœur, très distincte, toute proche : « Nous lui apprendrons à me traiter de », dit cette voix. À deux reprises (elle n'a été convaincue qu'à la seconde), le jour des visites, elle perçoit nettement la voix de son frère. Il parle dans la chambre située au-dessus de celle qu'elle occupe, à l'étage supérieur et un peu à droite. Il reproche à sa sœur de faire courir sur leur mère des bruits calomnieux.

Dès le début des troubles, nous l'avons signalé, le caractère de la

malade s'était modifié. Son irritabilité, sa susceptibilité s'étaient portées à l'extrême. On doit un jour lui retirer son couteau : sa viande lui est désormais servie découpée. « C'est encore l'effet d'une médiansance de ma sœur », induit-elle. Jadis, en effet, dans un mouvement d'énervement, souffrant de gastralgies très pénibles, elle avait tenté de se frapper d'un coup de couteau.

Ce délire avait évolué en moins de quinze jours. Physiquement améliorée, sa mère vient la reprendre. Dans le chemin de fer, les voyageurs du compartiment voisin tiennent des propos insolites. Ils commentent les journaux où sont rapportées les tristes histoires de sa famille. « Cela paraîtra *in extenso* dans « Détective », entend-elle dire, sous le titre : « Un monstre humain. » A Paris, les crieurs annoncent : « Tous les détails sur l'affaire X...-Y... ! » (X et Y sont ses deux noms de naissance et de mariage).

Mais à son retour à Paris, le délire cesse brusquement d'évoluer. Il ne s'enrichit plus d'aucune interprétation ni hallucination nouvelle. Il se fixe à l'état de souvenir obsédant. Sans cesse la malade repense les faits étranges qu'elle a constatés ; elle leur cherche en vain une explication rationnelle. Sa double conviction demeure entière : d'une part elle est certaine de la réalité de ses perceptions ; et, d'autre part, ce ne peut être que sa sœur qui est à l'origine de telles ignominies.

C'est à ce stade qu'elle s'est tenue depuis son arrivée dans le service, jusqu'aujourd'hui. Ici l'on a noté à plusieurs reprises qu'elle était extrêmement difficile à satisfaire. La température, le régime, les prescriptions, rien ne lui convient, elle discute tout. Cependant elle dort bien, s'occupe dans la journée. Pendant quelques jours, elle a refusé de s'alimenter, ayant juré sur la tête de sa mère, dans un moment d'énervement, de faire la grève de la faim. Ces petits faits nous semblent les indices : 1° d'une constitution psychologique franchement égocentrique, sinon paranoïaque ; 2° d'une irritabilité anormale en rapport avec ses troubles actuels.

Cette impression se précise quand on l'interroge sur son délire. Elle s'y retranche, n'accepte pas que l'on mette en doute les faits qui lui servent de base. « Si cela n'est pas vrai, dit-elle, rien n'est vrai, ou j'ai complètement perdu la raison. » Il semble, à certains moments, que le délire n'est pas immuable comme elle le présente, mais qu'il se transforme encore, et qu'elle en dissimule les éléments récents. Plusieurs fois, elle a réclamé l'annuaire du téléphone, et s'est livrée à des recherches sur lesquelles elle n'a donné aucune explication. Bref, nous croyons devoir formuler une réserve sur la possibilité de troubles surajoutés à ceux qu'elle extériorise.

L'examen des diverses fonctions psychologiques s'est montré entièrement négatif. Orientation parfaite, connaissances scolaires intactes, mémoire excellente. Pour ne pas laisser passer un affaiblissement intellectuel très léger, nous avons demandé un examen du niveau mental au laboratoire de Psychologie. Le quotient d'intelligence a

été trouvé égal à 102, l'âge mental à 16 ans et 3 mois ; donc tout à fait normaux.

Dans la sphère somatique, l'on ne peut manquer d'être frappé par les signes d'activité de sa bacillose. L'auscultation révèle des craquements au sommet gauche ; la radiographie montre, en dehors des arborisations hilaires très marquées, une petite image spéléocaire à ce niveau. Les crachats sont d'aspect purulent ; très nombreux leucocytes ; bacilles de Koch, formes longues, au nombre de 1 à 3 par champ microscopique. Dans le sérum, réaction de Vernes à la résorcine : 27, subpositive ; réaction de Besredka-Goldenberg partiellement positive.

Si l'on fait abstraction de la céphalée transitoire du début, céphalée intense, accompagnée d'insomnie, puis de torpeur avec incontinence des urines, notre malade n'a jamais présenté de signes cliniques d'atteinte méningée. Pas de vomissements, même après la ponction lombaire. Pas de constipation. Pas de fièvre. Absence totale des signes de Kernig et de Brudzinski. Nuque parfaitement flexible.

Examen neurologique négatif dans l'ensemble. Cependant tous les réflexes tendineux sont vifs, la réponse est diffusée dans les groupes musculaires voisins. Aucun signe de localisation. Les paires crâniennes sont indemnes. Examen ophtalmologique négatif ; fond d'œil normal.

Cœur normal à l'auscultation. Pouls assez rapide : 90 à 100, peu variable, pas d'extrasystole. Réflexe oculo-cardiaque : 96/96 nul. Tension artérielle 11,5/7,5 (Vaquez).

Liquide céphalo-rachidien : tension 26 (assise). Albumine : 0 gr. 30 ; réactions de Pandy et de Weichbrodt négatives. Réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatives. Benjoin colloïdal : 00000.01100.00000. 6 lymphocytes par millimètre cube.

Glycorachie : 0 gr. 48. Pas de B. K. dans le culot de centrifugation. Nous avons pratiqué une réaction de Vernes dans le liquide et injecté 5 cm³ de ce dernier à un cobaye : nous n'avons pas actuellement le résultat de ces épreuves.

Recherches humérales accessoires : réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn négatives dans le sérum. Urée sanguine : 0 gr. 42. Pas d'albuminurie ; présence de quantités notables d'urobiline dans les urines.

A quel syndrome clinique rattacher le délire, les interprétations et les hallucinations de notre malade ? Il ne s'agit pas d'hallucinose, étant données l'adhésion complète qu'elle accorde aux troubles psycho-sensoriels et leur intégration dans le délire. Le tableau n'est pas davantage celui de la psychose d'influence ni du syndrome de dépossession. Correspond-il mieux à la description devenue classique de l'Automatisme mental ? Nous avons recherché avec un soin spécial chez notre malade tous les éléments de ce dernier, et n'en avons relevé aucun. Elle ne présente

aucune hallucination psychique ; elle n'entend pas de « scies », de « kyrielles de mots », mais bien des discours parfaitement cohérents qui révoltent ses sentiments les plus intimes. On remarque, il est vrai, dans les renseignements apportés par la mère, que « ses pensées sont devinées et qu'elle est poursuivie ». Mais la malade nie formellement avoir jamais accusé d'écho de la pensée, d'énonciation des actes, de sentiment de présence. La mère fait sans doute allusion à de simples interprétations que fait la malade sur l'attitude de son entourage, interprétations commandées par sa méfiance morbide.

Nous serions beaucoup plus portés à ranger le cas présenté dans le syndrome dit d'action extérieure. Nous sommes bien ici en présence de préoccupations très profondément intégrées dans la vie affective du sujet, et que pour une raison quelconque il projette un jour au dehors. Nous avons signalé les tendances constitutionnelles égocentriques et interprétatives. Actuellement, la malade nous présente moins un délire vrai qu'une rumination morbide sur un thème délirant déjà ancien. Comme l'ont montré les observations de Kretschmer, tous les intermédiaires existent entre cette rumination d'une part et, d'autre part, les interprétations, les hallucinations et les illusions. Et si l'on admet que ces troubles mentaux sont la traduction d'un épisode méningitique, ce dernier ne les aura pas créés de toutes pièces ; il aura simplement hypertrophié, en les déformant, les tendances antérieures de la malade.

Existe-t-elle réellement cette atteinte méningée ? Chez cette bacillaire évolutive, deux seuls symptômes plaident en sa faveur : la céphalée du début avec narcolepsie, et la lymphocytose discrète (6 éléments) du liquide céphalo-rachidien. Dans l'ordre psychique l'irritabilité et le délire systématisé ont été rencontrés par quelques auteurs dans des méningites tuberculeuses authentiques. Enfin l'absence d'évolution ou sa grande lenteur ne seraient pas nécessairement contradictoires avec cette hypothèse.²

Peut-être, néanmoins, est-elle trop sévère. Les troubles observés peuvent plus simplement être mis sur le compte d'une imprégnation des centres nerveux par les toxines tuberculeuses. Ne nous prononçons pas entre ces pathogénies dont l'avenir montrera la vraie. Nous avons pensé que ce syndrome d'action extérieure, en rapport avec une cause infectieuse ou toxique, méritait de vous être présenté, avant même que soit résolu ce dernier problème.

M. Georges DUMAS. — Les auteurs disent que l'âge intellectuel du sujet est de 16 ans et 3 mois. Par quoi l'intelligence de 16 ans et 3 mois se distingue-t-elle de celle de 16 ans ?

M. MARCHAND. — La malade est atteinte de délire hallucinatoire et non d'hallucinoïse. La méningite n'est peut-être pas certaine. D'une façon générale, le titre d'une communication ne doit être formulé qu'en termes dont la compréhension ne risque pas d'être démentie par l'analyse des symptômes.

M. D'HEUCQUEVILLE. — C'est le laboratoire de M. Lahy qui nous a répondu globalement sans détails que le niveau intellectuel était de 16 ans et 3 mois. Comme M. Marchand, nous pensons que les termes du titre doivent être adaptés aux faits relatés. En faveur de la méningite, on peut invoquer l'infection bacillaire, les céphalées et la lymphocytose légère ; mais nous n'affirmons pas son existence.

Homosexualité post-encéphalitique, par MM. Paul SCHIFF et J. O. TRELLES.

Chez un sujet de 23 ans, à la sexualité déjà nettement fixée dans le sens de l'hétéro-sexualité, sont apparues après une encéphalite à forme oculo-léthargique des pratiques homosexuelles impulsives, paroxystiques. MM. Schiff et Trelles pensent que l'infection a vraiment créé chez ce malade, dépourvu de tares constitutionnelles, l'homosexualité, en ramenant le psychisme au stade infantile de la sexualité indifférenciée. Ils rapprochent le cas de ceux, qui ont été déjà décrits et où un traumatisme physique (fracture du crâne) a fait apparaître de façon inattendue, chez des sujets franchement hétérosexuels, une homosexualité.

Cette communication paraîtra *in extenso* comme mémoire original dans un prochain numéro des *Annales Médico-Psychologiques*.

M. PETIT. — J'ai eu l'occasion d'observer, en 1919-1920, une fillette d'une douzaine d'années qui — après avoir présenté un épisode aigu ressortissant à l'évolution d'une encéphalite épidémique classique — manifesta, au cours des années suivantes, un éréthisme précoce du sens génital qui se traduisait à la fois par des actes hétérosexuels et par des actes d'homosexualité. La famille de cette malade dût se résoudre à la faire interner en raison des attentats réitérés que cette fillette commettait, non seulement sur les petits garçons, mais encore sur les fillettes de son entourage. A l'asile, les malades femmes adultes avaient sans cesse à se défendre contre les agressions sexuelles de cette fillette. Chez notre malade, comme chez le malade présenté par MM. Schiff et Trelles, l'excitation génitale se manifestait donc sous une forme ambivalente.

Provocation de crises mélancoliques par des émotions joyeuses,
par M. J. TINEL.

Personne, je crois, ne conteste maintenant le rôle très fréquent des émotions pénibles dans la préparation, le développement ou l'explosion des crises dépressives, anxieuses ou même franchement mélancoliques.

Même dans les formes les plus nettement périodiques ou intermittentes, le rôle de l'émotion pénible apparaît dans bien des cas indiscutable, tant pour la provocation de la première crise que pour le retour des crises ultérieures.

Le problème qui se pose est évidemment celui du mécanisme par lequel ces émotions, lorsqu'elles existent, jouent un tel rôle provocateur.

Il m'a paru intéressant, à ce point de vue pathogénique, de rapporter quelques cas où c'est au contraire une émotion joyeuse qui déclanche la crise mélancolique.

Le problème est d'ailleurs le même que celui que pose l'observation de crises d'excitation maniaque, à caractère nettement euphorique, provoquées par une émotion pénible, douloureuse ou terrifiante. Ce sont là des cas relativement fréquents, et que, tous, certainement, nous avons rencontrés.

Pour être beaucoup plus rares, les cas de crise anxieuse ou mélancolique consécutifs à une émotion joyeuse posent le problème de la même façon, et apportent une contribution importante à l'interprétation du mécanisme pathogénique de ces crises.

Obs. I. — Le cas le plus net que j'aie retrouvé est celui d'une femme de 36 ans, Mme D... qui, ayant commis quelques imprudences... sentimentales, fut affolée de ne pas voir apparaître ses règles à l'époque prévue... Situation angoissante ! Il n'existait plus, et depuis longtemps, aucune relation avec le mari, et l'hypothèse d'une grossesse possible prenait vraiment dans l'esprit de cette femme les allures d'un véritable désastre...

Pendant 10 jours, la malade attend anxieusement l'apparition des règles, envisageant avec terreur toutes les solutions possibles, y compris le suicide...

Par bonheur, le 11^e jour, les règles apparaissent, accompagnées d'un sentiment de soulagement, de délivrance, de joie indescriptible, une « joie à devenir folle » dit la malade...

Mais voilà que vers le soir apparaît rapidement, en quelques heures, un état d'anxiété « incompréhensible », qui l'envahit de plus en plus. Et l'on assiste en quelques jours au développement rapide d'une crise classique de mélancolie anxieuse qui a duré trois ou quatre mois...

Or cette crise était chez cette femme la première, ou du moins la première crise nettement caractérisée; car on pouvait, il est vrai, retrouver chez elle le souvenir d'une petite bouffée scrupuleuse survenue à l'âge de 14 ans et qui avait persisté 5 ou 6 mois. De même, vers l'âge de 22 ans, elle avait traversé une petite phase dépressive de quelques mois, avec un peu de tristesse, de fatigue, d'asthénie et quelques préoccupations hypochondriaques.

Mais depuis son mariage à 24 ans, jusqu'à l'âge de 36, aucun incident pathologique ne pouvait être relevé. Deux grossesses s'étaient passées sans incident. Le caractère était gai, franchement optimiste, avec un peu d'émotivité, sans excès.

La crise mélancolique à laquelle nous avons assisté est maintenant terminée depuis 4 ans et jusqu'ici ne s'est pas reproduite.

Notre deuxième observation est au contraire celle d'une jeune fille qui avait déjà présenté trois crises de dépression mélancolique et chez laquelle une quatrième fut brusquement déclanchée par un succès brillant et inespéré à un concours difficile.

OBS. II. — Mlle Cl. G..., artiste dramatique âgée de 23 ans, avait déjà, l'année précédente, fait un séjour de quelques mois dans le service libre de la Clinique, pour un état de dépression mélancolique assez légère. Elle était sortie parfaitement guérie, au point de pouvoir reprendre, sans difficulté, quelques rôles sur plusieurs petites scènes de Paris.

Or, au mois de juin 1927, elle se présente au concours institué par l'Odéon pour le recrutement annuel de ses artistes. Concours difficile, du reste, 50 ou 60 concurrentes pour deux places; et voilà notre malade reçue première avec les félicitations du jury !...

Le soir même, elle accourt à la Clinique, toute vibrante d'émotion joyeuse, pour annoncer son brillant succès à la surveillante et aux infirmières pour lesquelles elle a conservé une grande reconnaissance...

Mais le lendemain matin nous la voyons revenir bouleversée; car dans la nuit même, qu'elle a passée sans dormir, elle s'est sentie rapidement envahie par l'état de dépression, d'anxiété inexplicable, de doute, d'incertitude, d'indécision, de scrupules et d'asthénie profonde, qui avaient caractérisé ses crises antérieures...

Cette crise a duré près de 6 mois.

Elle est survenue moins d'un an après sa sortie de la clinique, beaucoup plus rapprochée par conséquent de la crise précédente, que ne l'avaient été l'une de l'autre les crises antérieures, séparées par des intervalles de deux ans et demi et trois ans.

Elle a été suivie, deux ans et demi après la guérison, d'une nouvelle crise semblable, survenue cette fois sans aucune provocation.

Mais il faut encore signaler qu'en dehors de la durée très raccourcie de la phase intercalaire, la crise d'origine émotive que nous

rapportons s'était aussi caractérisée par une invasion rapide, en quelques heures, contrastant avec le développement lentement progressif, en quelques semaines, des quatre autres crises observées.

Notre troisième cas se rapproche beaucoup de la première observation puisqu'il s'agit d'une crise mélancolique provoquée par la joie d'échapper à une maladie redoutée ; mais cette malade avait subi déjà, 12 ans auparavant, une crise mélancolique semblable.

OBS. III. — Mme F..., 44 ans, très impressionnable, a déjà présenté, il y a 12 ans, à la suite d'une grippe, une crise de dépression mélancolique anxieuse qui a duré 8 mois.

Depuis ce temps aucun incident pathologique n'est à noter.

Mais il y a 8 mois, elle commence à souffrir d'hémorroïdes et s'en inquiète déjà assez vivement, lorsque, par malheur, on lui raconte, d'une part que les hémorroïdes sont parfois le début d'un cancer du rectum, et d'autre part qu'elles provoquent souvent des fissures ou fistules qui nécessitent alors des opérations redoutables !... Un ami de la famille est, paraît-il, mort récemment d'une pareille opération !...

Naturellement ces révélations provoquent un état de grande préoccupation anxieuse avec phobie obsédante de l'opération surtout, et pendant deux mois notre malade vit dans cette angoisse...

Lorsque deux mois après, elle se décide enfin à consulter un spécialiste, celui-ci ne trouve que de petites hémorroïdes banales, et parvient à la rassurer complètement.

Elle sort de la consultation délivrée de ce cauchemar, rassurée, toute heureuse et annonce autour d'elle son bonheur avec une joie quelque peu exubérante.

Mais vers le soir, elle est toute étonnée de se sentir envahie par une anxiété terrible, sans cause, inexplicable. « Elle ne pense pourtant plus à ses hémorroïdes ! » et cependant elle n'a jamais été aussi malheureuse, sans savoir pourquoi.

Nous la voyons quelques jours après, en pleine crise de mélancolie anxieuse ; cette crise qui dure depuis six mois ne fait actuellement que commencer à se calmer.

On pourrait sans doute multiplier de semblables observations, moins rares peut-être qu'on ne le supposerait au premier abord ; mais les quelques exemples rapportés suffisent, il me semble, à la démonstration cherchée.

Je n'oserais pas rapprocher complètement de ces faits les crises dépressives, souvent graves, que l'on observe parfois chez des jeunes filles au cours des fiançailles, je parle de fiançailles heureuses, sans aucune déception ni préoccupation ; car dans ces

cas, aux facteurs émotionnels qui entrent en cause, s'associe peut-être souvent un facteur d'excitation génitale, avec répercussions glandulaires, qui me paraît jouer un rôle important.

Par contre il me semble que l'on peut en rapprocher sans hésitation, les rechutes observées assez souvent dans la convalescence des crises mélancoliques à la suite d'une émotion joyeuse.

OBS. IV. — Chez un homme de 44 ans qui termine actuellement une crise mélancolique grave, accompagnée même d'interprétations franchement délirantes, j'ai observé dernièrement une semblable rechute.

Le voyant très bien, je lui parlais, il y a quelques jours de sa sortie prochaine. Nous en avons ensemble envisagé la date, et la perspective de cette sortie avait été acceptée par lui avec une satisfaction tranquille, très rassurante. Mais, voulant faire mieux encore, et renforcer encore une joie que je croyais d'influence favorable, je lui propose pour le dimanche suivant la permission d'aller, accompagné de son infirmière, déjeuner en famille avec sa femme et ses enfants.

Cette fois ce fut une véritable explosion de joie, dont la vivacité m'inquiéta un peu... Et en effet, le soir même, se produisit une rechute assez violente d'anxiété, avec retour d'interprétations délirantes et d'idées de suicide, qui, heureusement, n'a duré que quelques jours, et que j'ai attribué, sans hésitation, au choc émotionnel joyeux que j'avais ainsi provoqué.

Nous avons tous observé d'ailleurs ces rechutes, relativement fréquentes, que provoque dans la convalescence des crises mélancoliques, maniaques, ou confusionnelles, l'annonce de la sortie prochaine.

Il peut exister, il est vrai, dans un certain nombre de ces cas, un sentiment d'appréhension ; mais dans beaucoup d'autres il semble bien que c'est l'émotion joyeuse qui joue le principal rôle dans la provocation de la rechute.



Les quelques faits que je viens de rapporter, et dont on pourrait aisément, je crois, multiplier le nombre, me paraissent avoir une valeur démonstrative considérable.

Il nous montre bien que les crises dépressives, les crises anxieuses, les crises mélancoliques, pas plus d'ailleurs que les crises maniaques ou confusionnelles, ne sont le développement logique et légitime des processus psychologiques émotionnels qui ont pu leur donner naissance.

Elles sont quelque chose d'autre, quelque chose de différent, quelque chose de surajouté au mécanisme émotionnel ; et les

discordances observées entre la forme de l'émotion et la forme de la crise qui lui fait suite, nous montrent que le choc émotionnel n'a jamais qu'une action provocatrice.

De même que les émotions agréables comme les émotions pénibles peuvent être indifféramment chez certains épileptiques provocatrices de crises comitiales ; de même à l'origine des diverses crises psychopathiques, les émotions joyeuses comme les émotions tristes peuvent jouer exactement un rôle identique. Le caractère de l'émotion est indifférent, c'est uniquement l'intensité du choc émotionnel qui compte.

Et le rôle provocateur de ces chocs émotionnels semble devoir se ramener toujours au mécanisme d'un bouleversement, peut-être psychologique, mais plus certainement encore physiologique, humoral ou glandulaire, en tous cas nettement biologique, qui conditionne dans ces cas l'apparition de la crise.

M. LEROY. — Je pourrais par de nombreux exemples confirmer les affirmations de M. Tinel. Il est fréquent que des mélancoliques et des maniaques aient une rechute à l'occasion de la sortie de l'asile, alors qu'ils paraissaient guéris, et qu'ils insistaient depuis longtemps pour obtenir leur liberté.

En opposition avec ces cas où une émotion joyeuse amène un accès délirant, il en est d'autres au contraire où une émotion douloureuse reste sans effet. Témoin une malade périodique observée jadis à Evreux, que la mort de son mari par lequel elle était passionnément choyée, laissa indifférente. On la lui annonça avec inquiétude pendant un intervalle lucide, et l'on fut surpris de constater que cette nouvelle ne troubla en rien sa sérénité. Par ailleurs, j'ai vu une femme relativement âgée, mère d'un enfant de vingt ans, devenir déprimée et mélancolique pendant les quelques mois d'un retard de règles et redevenir normale dès l'apparition de ces règles, apparition qui signifiait l'inanité des ennuis qu'une maternité tardive représentait à ses yeux.

M. Georges DUMAS. — En présence d'une émotion, l'attitude des psychiatres et celle des biologistes sont différentes. Les premiers retiennent surtout ses caractères affectifs et les seconds ses caractères biologiques. Ce sont ces derniers qui ont raison, car l'appréciation des qualités affectives est éminemment subjective. Cannon a étudié chez divers animaux les émotions les plus diverses, en les mettant dans des conditions de nature à provoquer chez eux la crainte, le désir, la colère, le plaisir, la douleur, et dans tous ces cas, les perturbations biologiques ont été indistinctement les mêmes : hypertonus, tachycardie, hypersécrétions,

réactions vasomotrices. L'adrénaline fut sécrétée en excès dans les circonstances les plus opposées. Moi-même j'ai essayé d'étudier les effets de la joie pure chez les humains en m'adressant aux détenues de Saint-Lazare. La nouvelle inattendue d'une libération inespérée qui les plongeait dans l'allégresse amenait les mêmes phénomènes biologiques que la nouvelle aussi inattendue d'une incarcération définitive qui les plongeait dans le désespoir. Par conséquent, le caractère hétérogène de l'apparition d'un délire triste à la suite d'un état mental gai n'a qu'un intérêt pittoresque. Il ne correspond à rien de biologique.

M. René CHARPENTIER. — Précisément parce que je suis d'accord avec M. Tinel sur les conclusions de la très intéressante communication qu'il vient de faire, il me permettra de regretter que les faits exposés ne soient pas très démonstratifs.

Dans les cas qu'il vient, en effet, de rapporter, non seulement, ainsi qu'il l'a signalé, l'émotion-joie se présente sous une forme exagérée, déjà « anormale », mais elle est précédée d'une période d'attente anxieuse, elle-même génératrice, ou première manifestation, de l'état mélancolique qui suivit. Telle la crainte de non réapparition des règles — et de ses conséquences — et (pour une femme ayant déjà présenté un accès mélancolique) la période d'inquiétude précédant un difficile concours (2 nommées sur 50 candidates) qui décidera de son avenir.

D'autre part, dans le dernier cas cité par M. Tinel, rechute d'un mélancolique à l'annonce de la reprise prochaine d'une vie normale, cas assez souvent observé, il ne s'agit pas tant, à mon avis, de l'influence d'une émotion joyeuse que de l'action du sentiment d'incapacité, et de la crainte de n'être pas suffisamment bien pour affronter ce que le malade considère à la fois comme désirable et comme au-dessus de ses forces et de ses possibilités. C'est une idée mélancolique.

Mais, je suis tout à fait de l'avis de M. Tinel et de M. Georges Dumas que la nature de l'émotion importe beaucoup moins que l'émotion elle-même. Ce qui compte, ce n'est pas la variété de l'émotion, c'est son intensité et son retentissement biologique.

M. COURBON. — En somme, ce sont les facteurs physiques de l'émotion et non ses facteurs psychiques qui sont pathogènes. D'ailleurs, la qualification de joyeuses ou douloureuses que nous attribuons à des circonstances émotionnantes données est toujours plus ou moins arbitraire, car les catégories de l'agréable et du désagréable ne sont pas les mêmes chez tous les individus. Par exemple, le plaisir procuré par le succès est pour certains

lauréats tellement insignifiant auprès de la douleur causée par les affres du concours qu'ils préféreraient renoncer à ce plaisir plutôt que de recommencer à souffrir cette douleur.

Ce n'est pas la joie de se sentir en possession de la liberté si longtemps réclamée qui provoque les rechutes des mélancoliques convalescents au moment où on leur accorde leur sortie. C'est la constatation de leur impuissance à soutenir l'effort nécessaire par la réalisation de ce désir de vie libre. Cela parce que tout effort est générateur d'anxiété sur un terrain dont la mélancolie n'a pas complètement disparu. Pendant les accalmies d'un accès, alors que depuis des heures ou même des journées le malade alité est tranquille, obéissant, raisonnant paisiblement avec son médecin et ses infirmiers, il suffit de le forcer à changer de chemise pour déterminer instantanément un raptus anxieux avec tous les gestes du désespoir le plus violent, y compris ceux du suicide.

M. Georges DUMAS. — Toute excitation met le mélancolique en présence de sa déchéance et provoque l'anxiété. — Au chapitre étiologique, les émotions devraient prendre place parmi les causes physiques et non parmi les causes psychiques dans les traités de psychiatrie. Quant aux exemples fournis par l'auteur, ils sont justiciables des critiques faites par M. René Charpentier. Avant la détente de joie soudaine, il y eut un long surmenage émotionnel douloureux.

M. TINEL. — Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que l'action de l'émotion sur la santé a sa condition dans la perturbation physique qu'elle détermine. J'admets que la joie dans les exemples fournis n'était pas pure et avait été précédée d'émotions pénibles. Mais je trouve que son rôle étiologique est démontré par la rapidité et l'intensité avec laquelle l'accès pathologique éclate dès qu'elle apparaît.

La séance est levée à 11 heures 45.

Le Secrétaire des séances,
Paul COURBON.

Séance du Lundi 27 Juillet 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président

Adoption des procès-verbaux des séances du 11 juin et du 22 juin 1931.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r DANJEAN qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

des lettres de MM. les D^{rs} ARTUR et Paul COSSA qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants* ;

une lettre de M. le D^r Marcel NATHAN qui pose sa candidature à la place de *membre titulaire* déclarée vacante par la Société dans sa séance du 22 juin 1931 (une *Commission*, composée de MM. HEUYER, Aug. MARIE, REVAULT d'ALLONNES, ROGUES de FURSAC et ROUBINOVITCH est désignée pour l'examen de ces candidatures : l'élection aura lieu à la séance du lundi 26 octobre 1931) ;

Représentation de la Société à la Fédération des Sociétés d'Eugénique

une lettre de M. le D^r Georges SCHREIBER, vice-président de la *Société française d'Eugénique*, délégué de la France à la *Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique*, exprimant le désir du D^r DAVENPORT (de New-York), *président* de cette Fédération, de voir la Société Médico-psychologique représentée au sein de la *Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique*, dont le président d'honneur est M. Léonard DARWIN.

La Société Médico-psychologique décide à l'unanimité d'accueillir favorablement cette invitation et de se faire représenter à la Fédération Internationale des Groupements d'Eugénique par son *secrétaire général*, M. René CHARPENTIER.

Election à 2 places de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. GUIRAUD, au nom d'une Commission composée de MM. G. de CLÉRAMBAULT, DUPOUY, GUIRAUD, RODIET et TRUELLE, sur les titres des candidats, il est procédé au vote.

Nombre de votants : 21

Majorité absolue : 11

Ont obtenu :

M. le D^r BOURGUIGNON 20 voix.

M. le D^r VIGNAUD 20 —

MM. les D^{rs} Georges BOURGUIGNON et VIGNAUD sont élus *membres titulaires* de la Société Médico-psychologique.

A propos de la malariathérapie de la paralysie générale

A l'occasion d'incidents récents, M. LEROY signale à la Société Médico-psychologique les obstacles créés à la *malariathérapie de la paralysie générale* par certaines commissions administratives hospitalières.

Après une discussion à laquelle prennent part un grand nombre de membres de la Société, il est unanimement décidé, sur la proposition du *Secrétaire général*, de charger une commission de présenter, sous forme de conclusions, un court rapport à la prochaine séance de la Société.

MM. H. CLAUDE, GOURIOU, GUIRAUD, LEROY et Aug. MARIE sont désignés pour faire partie de cette *Commission* dont les conclusions seront soumises à la Société au cours de la séance du *lundi 26 octobre 1931*.

COMMUNICATIONS

Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque dépressive (extension de la réaction de Zondek), par MM. Paul ABÉLY, V. PASSEK et J. ROGER.

Le titre de « recherches physiologiques sur l'urine des maniaques » serait, en vérité, plus adéquat à cette publication.

Si, en effet, l'hypothèse de troubles des fonctions hypophysaires nous a incité à entreprendre ce travail, les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici ne nous permettent pas d'affirmer le rôle prépondérant de cette glande au cours de la psychose mania-

que-dépressive, mais seulement la présence, dans l'urine de ces malades, de substances chimiques qui produisent sur le tractus génital du souriceau mâle les mêmes effets physiologiques que l'hormone anti-hypophysaire signalée par Zondek, dans les urines des femmes enceintes.

L'hypothèse des troubles fonctionnels hypophysaires, qui nous fit entreprendre ces recherches, était motivée par les faits suivants, faits cliniques couramment observés : l'apparition fréquente de la psychose maniaque dépressive soit à la puberté, soit à la ménopause, celle des accès de manie et de mélancolie au moment des règles, au cours de la grossesse, l'influence de certaines périodes saisonnières, telles que le printemps, sur le déclenchement de ces accès, la polyurie habituelle des maniaques s'opposant à l'oligurie des mélancoliques, enfin la fréquence relative de l'élargissement de la selle turcique constatée à la radiographie. L'un de nous a essayé de traiter deux maniaques par la radiothérapie profonde de la région hypophysaire ; il semble que dans les 2 cas la durée de l'accès ait été nettement diminuée, inversement chez ces mêmes malades et lorsqu'ils furent entrés dans la phase mélancolique, la radiothérapie ne donna aucun résultat alors que les extraits hypophysaires totaux exercèrent une action favorable.

Toutes ces considérations nous ont amené à étudier par la méthode d'Ascheim et Zondek l'urine des périodiques.

Nous n'avons pas à décrire ici cette réaction de Zondek, modifiée en France par MM. Brouha, Hinglais et Simonnet ; nous signalerons seulement qu'il nous a été permis de constater, comme l'avait déjà noté Zondek, que cette réaction n'est pas strictement spécifique pour la grossesse mais qu'elle permet de mettre en évidence les changements survenus dans les fonctions de l'hypophyse.

Après plusieurs essais, nous avons également constaté, comme l'a remarqué Simonnet, que seul l'emploi du souriceau mâle permet d'interpréter avec précision les résultats. Enfin ces résultats se sont trouvés positifs aussi bien avec des urines de malades hommes qu'avec des urines de malades femmes.

Nous recueillons aseptiquement l'urine de chaque malade et, pendant deux jours consécutifs, nous injectons sous la peau du souriceau mâle 1 centimètre cube et demi d'urine. Nous utilisons quatre souriceaux pour chaque sujet. Un premier est sacrifié au bout de 8 jours, deux autres au bout de quinze jours, le dernier au bout de 3 semaines. Si la réaction doit être positive, elle ne se manifeste d'une façon vraiment évidente que dans le

courant de la deuxième semaine pour atteindre son maximum aux environs du quinzième jour, puis dans le courant de la troisième semaine elle suit une marche dégressive particulière que nous allons signaler.

Pour que cette réaction soit retenue comme positive, il faut également qu'elle se manifeste d'une façon évidente au moins chez deux souris et de préférence chez trois.

Dans ce cas, lorsqu'on sacrifie l'animal dans les délais voulus, on constate macroscopiquement un développement de tout le tractus génital, développement particulièrement marqué au niveau des vésicules séminales, qui sont quelquefois doublées de volume, les testicules très nettement hypertrophiés (moins souvent cependant que les vésicules séminales) sont mouchetés de taches hémorragiques. Chez une de nos souris préalablement impubère, injectée avec l'urine d'un maniaque du service du Dr Guiraud, on constata 6 jours après, et sans sacrifier l'animal, une augmentation considérable du volume des bourses, mais surtout un formidable priapisme qui demeura d'une façon permanente pendant 10 jours. Par ailleurs, ce souriceau se différenciait de ses congénères, auxquels il était mêlé, par une agitation motrice anormale, il se roulait sur le dos, se cognait contre les parois de la cage, accomplissait des cabrioles bizarres et fait étrange, mis en présence de souris femelles pubères, il ne manifesta aucune tendance érotique, il semblait au contraire particulièrement effrayé. Ce priapisme paraissait beaucoup plus toxique que physiologique.

Dans le courant de la troisième semaine se produit dans la majorité des cas positifs une réaction spéciale qu'il nous est impossible d'interpréter en raison de l'absence actuelle de recherches histologiques ; les parties du tractus génital hypertrophiées dans la première et deuxième semaines, retrouvent tout d'abord leur dimension primitive puis subissent un état d'atrophie, d'aplasie ou en tout cas de diminution marquée par rapport à l'état normal, ce phénomène est surtout évident au niveau des vésicules séminales.

Nos recherches se sont poursuivies d'une façon spécialement attentive à propos de 18 malades. 12 étaient en plein accès maniaque, 2 seulement en état mélancolique, 4 autres étaient ou s'approchaient plus ou moins de la période intercalaire.

Sur nos 12 sujets franchement maniaques, ayant déjà présenté au cours de leur vie plusieurs crises d'excitation ou de dépression, 7 réactions furent très fortement positives, 3 furent légèrement positives, 2 franchement négatives.

Il est à noter un fait particulièrement intéressant, c'est que parmi les 7 sujets franchement positifs, 6 étaient âgés, de 50 à 60 ans, et leur psychose maniaque-dépressive avait débuté aux environs de la ménopause ; c'était habituellement des hommes.

Les réactions moyennes faibles ou négatives restent incertaines par le fait que nous n'avons employé que l'examen macroscopique alors que, comme le signale Zondek, il arrive assez souvent que des réactions négatives macroscopiquement se montrent positives à l'examen histologique.

Parmi les 4 malades se trouvant en période intercalaire, deux réactions furent moyennement positives, deux autres négatives.

Enfin, chez nos deux mélancoliques, les réactions furent particulières en ce sens que la phase hypertrophique des deux premières semaines ne se produisit pas et que dès le 7^e jour le tractus génital des souriceaux mâles était légèrement atrophié ou en tous cas sensiblement diminué dans son volume.

Nos recherches ne sont encore qu'à leur début ; elles doivent être poursuivies pendant un très long temps pour permettre de les compléter par des conclusions précises. Ces recherches sont longues parce que tout d'abord elles exigent un nombre très important de souris et aussi parce que lorsque l'on veut se mettre à découvrir dans les services des maniaco-dépressifs absolument purs, on s'aperçoit que leur nombre est beaucoup plus limité qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord. Enfin, elles sont encore très incomplètes puisqu'il leur manque l'examen histologique et surtout l'étude chimique des urines.

Les seules données que nous pouvons retenir aujourd'hui sont qu'il paraît exister dans les urines des malades atteints de psychose maniaque-dépressive, une substance capable de déclencher une réaction vive dans le tractus génital du souriceau mâle. Que cette substance, peut-être liée à une suractivité glandulaire, explique le rejet dans le sang et le passage dans les urines des malades de produits spéciaux, que cet élément actif n'est pas spécifique pour l'urine de femme enceinte et que rien ne nous permet d'affirmer qu'il s'agit d'une hormone antéhypophysaire. Nous signalons simplement que, dans nos 18 cas, nous avons assisté aux phénomènes suivants :

Chez nos sujets franchement maniaques, l'injection d'urines au souriceau mâle produit dans la majorité des cas et pendant les quinze premiers jours, une hypertrophie nette du tractus génital, suivie dans la troisième semaine d'une atrophie réactionnelle.

Chez nos deux sujets franchement mélancoliques, la phase

atrophique (légère d'ailleurs), s'est installée d'emblée sans passer par la première phase hypertrophique.

Chez nos quatre sujets en période intercalaire, les réactions ont été faibles ou négatives.

Des recherches chimiques et histologiques sont indispensables pour préciser et interpréter ces résultats et pour envisager par la suite des possibilités thérapeutiques.

M. Henri CLAUDE. — L'intéressante communication de M. P. Abély nous montre bien l'intérêt qui s'attache à l'étude biologique d'un certain nombre de nos syndromes psychiatriques classiques. On comprend bien que dans l'état de gestation, en raison de la perturbation de l'harmonie des fonctionnements glandulaires, on ait pu observer une hyperactivité de l'anté-hypophyse se traduisant, comme l'ont montré Ascheim et Zondek, par la présence dans les urines d'hormones jouissant de la propriété d'agir sur le tractus génital par l'hyperfonctionnement. Dans la psychose maniaque-dépressive, on avait bien supposé qu'il pouvait exister une hyperactivité thyroïdienne, mais l'hypophyse n'avait pas été mise en cause et nous enregistrons avec curiosité les premiers résultats des recherches de M. Abély sur ce sujet. L'action atrophique sur le tractus génital des injections d'urine de mélancoliques est plus difficile à expliquer, et d'ailleurs les cas observés sont encore trop peu nombreux. Il serait intéressant de chercher par d'autres tests si l'activité hypophysaire est augmentée.

J'avais indiqué, dans des études avec A. Baudouin, que l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse provoquait la glycémie et la glycosurie. Maranon et Sarda, dans des expériences récentes, ont cherché à doser de cette façon la capacité fonctionnelle de l'hypophyse postérieure. L'injection de 2 cm³ d'extrait d'hypophyse postérieure élève chez l'homme normal la glycémie de cinq pour cent. Dans les cas d'hyperhypophysie, cette injection élève le taux à des chiffres plus élevés jusqu'à 30 pour 100. Dans les cas d'insuffisance hypophysaire, les chiffres seraient inférieurs, la glycémie ne serait pas élevée ou resterait au-dessous de 5 0/0. Il y aurait là un complément de recherches qu'il serait intéressant de mener parallèlement aux études déjà entreprises par M. Paul Abély.

Dépistage des troubles médico-psychiques dans les Jardins d'Enfants des Habitations à Bon Marché de la Ville de Paris, par Mlle SERIN.

Nous avons été chargée, en novembre dernier, d'organiser une consultation de dépistage des troubles nerveux et mentaux dans les Jardins d'Enfants des Habitations à bon marché. Ces consultations ont fonctionné toute l'année. Il nous a paru intéressant d'apporter ici les résultats que nous avons obtenus.

A notre connaissance, il s'agit là d'une initiative qui n'avait pas été encore prise. Le Docteur Roubinovitch a fait, en 1927, une statistique des états d'arriération chez les écoliers. Le Docteur Heuyer a organisé dans certaines écoles communales des examens psychiatriques en vue de l'orientation professionnelle, et nous a par la suite associée à ce travail. Mais, dans les Jardins d'Enfants, nos examens ont porté sur des enfants âgés de trois à six ans, par conséquent n'ayant pas encore atteint l'âge scolaire. Il nous a semblé intéressant de faire un dépistage précoce, chez des enfants qui, jusqu'à présent, avaient échappé à tout examen systématique.

Le premier dépistage a été fait par une assistante de Psychologie, qui a appliqué à tous les enfants les tests de M. Simon, modifiés par Mlle Descœudre. Ces tests sont adaptés à l'âge de ces enfants, et permettent d'apprécier leur développement intellectuel. On nous a donné à examiner ceux de ces enfants dont le niveau mental était inférieur à la normale. D'autre part, on nous a amené ceux qui, par leurs bizarreries, leurs troubles du caractère, leurs tics, les troubles du sommeil, avaient attiré l'attention des parents ou des Jardinières.

Nous nous sommes alors rendues dans les Jardins. Nous avons convoqué les parents, qui sont généralement venus avec bonne grâce à la consultation. Nous avons ensuite fait un examen médical des enfants.

Voici les résultats de nos examens : Sur 650 enfants qui fréquentent habituellement les Jardins d'Enfants, 133 nous ont été amenés, soit comme ayant répondu insuffisamment aux tests, soit parce qu'ils avaient paru anormaux à leur entourage. Sur ces 133, 85 présentaient un *retard intellectuel* variant de 1 à 3 ans ; au contraire, 8 des enfants considérés comme anormaux par ailleurs donnaient aux tests des réponses supérieures à leur âge. Parmi ces derniers, 4 étaient des instables, 2 des hyperémotifs, présentant du bégaiement par intervalle. Une petite fille

avait des obsessions et des terreurs nocturnes. Une autre présentait des troubles du caractère très marqués, mythomanie, onanisme avec prosélytisme.

Des *troubles du caractère* ont été dépistés chez 73 enfants. On peut les classer de la façon suivante : 31 instables, 11 impulsifs et violents, 8 apathiques, lents, paresseux. La malignité s'est rencontrée dans 6 cas, la mythomanie dans 4, la tendance au vol dans 3. Une fillette âgée de cinq ans, intelligente, se présentait comme une petite paranoïaque typique, avec l'orgueil, l'égoïsme, la tendance interprétative de ces sujets. Elle semait le désordre dans le Jardin d'Enfants où on la gardait, tâchant de dresser contre l'autorité de la directrice ses petites camarades.

On a enfin noté des habitudes d'onanisme chez neuf de ces enfants, avec prosélytisme chez six.

Nous n'avons pas eu à examiner d'*épileptique* à grandes crises, de tels malades n'étant pas admis dans les Jardins. Mais nous avons eu à examiner 2 enfants atteints de vertiges, d'absences, troubles que nous avons rattachés à la comitialité et qui d'ailleurs ont été améliorés par le gardénal. 2 autres enfants, d'une intelligence normale, avaient des tics ; l'un d'eux bégayait.

Nous avons tenté de rattacher ces troubles à des causes pathologiques, en nous basant sur les renseignements fournis par les parents, sur l'examen clinique et sur les résultats du laboratoire. Ces causes nous ont paru dans la très grande majorité des cas héréditaires. Ce sont, par ordre de fréquence : l'*hérédo-syphilis* dans 67 cas ; l'*hérédité psychopathique* dans 23 cas, parmi lesquels nous rangeons chez les ascendants 7 syndromes de Basedow avec accès intermittents, 6 épileptiques, 6 tiqueurs, bègues, 5 choréiques, 3 suicidés, 1 syndrome de Korsakow, l'idiotie dans 1 cas. L'*hérédité tuberculeuse* se notait dans 19 cas ; l'*alcoolisme* dans 11. Ce chiffre nous paraît d'ailleurs très inférieur à la réalité.

19 enfants, de qui nous avons recherché le métabolisme, étaient hypothyroïdiens, 2 hyperthyroïdiens ; dans ces derniers cas, il s'agissait de sujets intelligents mais instables.

Les *causes sociales* nous ont semblé agir moins activement. Dans les Habitations à bon marché sont seules admises des familles nombreuses, dont la vie est régulière, et qui se sentent soumises à une sorte de surveillance. Nous n'avons noté un abandon moral et matériel appréciable que dans 4 cas. Il s'agissait d'enfants qui avaient été placés en nourrice à la campagne ou d'enfants dont les mères, alcooliques, négligeaient leur intérieur.

Nous avons entrepris des traitements dont les résultats ne peuvent encore être bien appréciés. Ces résultats ont paru cependant, dans certains cas, assez satisfaisants pour que la Direction des Habitations à bon marché ait décidé que, dorénavant, ces consultations fonctionneraient à titre définitif.

Recherches sur l'étiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux après impaludation, par MM. LEROY, MÉDAKOVITCH et MONIER.

La malariathérapie, qui est certainement le meilleur traitement de la paralysie générale actuellement connu, présente dans quelques cas l'inconvénient d'amener des délires secondaires dont on ignore la cause. Ces délires, décrits pour la première fois par GERSTMANN, en 1924, ont été étudiés également par de nombreux auteurs, spécialement par KHIN en 1928, nous-même en 1929, VERMEYLEN et VERVAECK en 1930. La proportion en est variable et oscille entre 4 0/0 (FRIBOURG-BLANC) et 18 0/0 VERMEYLEN et VERVAECK. Nous-même avons trouvé 10 0/0.

Dans une précédente communication (*Annales médico-psychologiques*, avril 1931), nous avons étudié la variation de la courbe du poids dans la paralysie générale. Relativement aux malades soumis à la malariathérapie, une de nos conclusions les plus importantes et sur laquelle nous avons particulièrement insisté était celle-ci : alors que l'augmentation de poids est un phénomène presque général, même dans les simples améliorations psychiques, *la diminution du poids rapidement progressive se rencontre dans les délires secondaires d'une manière constante*, comme s'il s'agissait d'une maladie chronique cachectisante. En présence d'une telle constatation, nous nous sommes demandé quelle pouvait en être l'origine. Deux hypothèses étaient à envisager : cachexie paralytique ou cachexie paludéenne.

Cette cachexie n'avait nullement le caractère du marasme paralytique. Les malades se montraient très améliorés psychologiquement et n'étaient plus déments. La méningo-encéphalite avait tellement rétrocedé qu'en l'absence d'un examen neurologique complet et de recherches humorales, le diagnostic aurait été très délicat, quelquefois même impossible. Seul, l'organisme se montrait atteint d'un mal continu et progressif.

Tout portait à croire qu'il s'agissait d'une affection cachectique lente, cachée — tel le paludisme — sans qu'aucun symptôme clinique n'en décelât l'existence : pas d'augmentation de la rate ni du foie, pas de frissons, pas d'accès thermiques.

Pour solutionner la question, l'examen hématologique était indispensable. Nous avons effectué la recherche de l'hématozoaire dans les globules sanguins chez 15 femmes paralytiques générales avec délire secondaire et, par comparaison, chez 15 paralytiques générales, en rémission plus ou moins complète et sans délire. Cette recherche a été complétée par la réaction de la séro-floculation de HENRY.

La séro-floculation de HENRY met en évidence dans les sérums paludéens un pouvoir floculant particulier en présence de substances déterminées (mélanine, metharfer et albuminate de fer) dont la composition est analogue à celle des produits pigmentaires (pigment ocre et pigment mélanique) qui accompagnent l'hématozoaire et auxquels HENRY donne le nom de toxine endogène ou endo-toxine. En dehors de l'intérêt de cette hypothèse en pathologie générale, la réaction de HENRY permet ainsi, dans certains cas où la recherche de l'hématozoaire est négative, de confirmer le diagnostic clinique de paludisme.

Nous avons choisi les 15 premiers cas parmi les malades ayant un délire ou une psychose secondaire typique et les 15 autres au hasard. Les résultats ont été les suivants :

Paralysies générales malarisées avec délires ou psychoses secondaires.

1° MALADES AVEC PRÉSENCE D'HÉMATOZOAIRES DANS LE SANG ET RÉACTION DE HENRY POSITIVE

OBSERVATION I. — Cad..., 40 ans, P. G. à forme circulaire. 1^{re} impaludation : 8 accès arrêtés, il y a 9 mois, par quinine, 3 gr. en 4 jours. 2^e impaludation : 6 accès arrêtés, il y a un mois, par quinio-stovarsol, 3 gram. 50 en 7 jours. Délire secondaire à type de psychose hallucinatoire chronique. Rate perceptible. Foie normal.

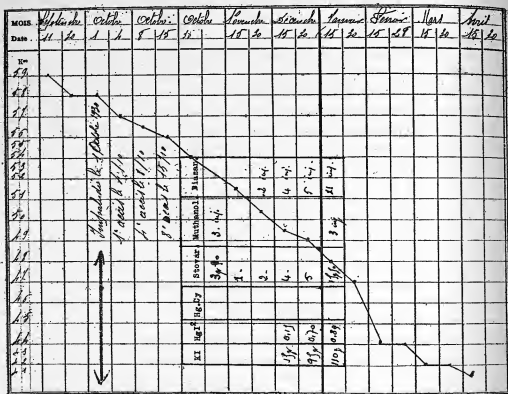
OBSERVATION II. — Bell..., 33 ans, P. G. à forme dépressive : 11 accès arrêtés, il y a 12 mois, par quinine, 3 gr. 50 en 4 jours. Délire secondaire à type hallucinatoire, anxiété.

OBSERVATION III — Lefèv... B., 41 ans, P. G. à forme tabétique ; 1^{re} impaludation : 12 accès arrêtés, il y a 12 mois, par 15 injections à 4 cc. d'isoplasmoquine ; 2^e impaludation : 3 accès, arrêt spontané, il y a 4 mois. Psychose secondaire à type d'état maniaque incohérent. Foie et rate normaux.

OBSERVATION IV. — Jean..., 41 ans, P. G. à forme tabétique. 1^{re} impaludation : 8 accès arrêtés, il y a 12 mois, par quinine, 3 gr. en 4 jours ;

2^e impaludation : 1 accès, arrêt spontané, il y a 3 mois, puis trois accès provoqués par sulosine, arrêt spontané. Délire secondaire sous forme d'hallucinations auditives constants, gros trouble du caractère.

OBSERVATION V. — Lecl..., 40 ans., P. G. à forme délirante. 8 accès arrêtés, il y a 4 mois, par quinio-stovarsol, 1 gr. 50 en 3 jours. Délire secondaire sous forme hallucinatoire auditive. Foie et rate normaux.



Courbe de l'observation I.

OBSERVATION VI. — Pal..., 39 ans, P. G. à forme délirante. 8 accès arrêtés, il y a 8 mois, par quinine, 1 gr. 50 en 2 jours. Délire secondaire à type de psychose hallucinatoire chronique.

OBSERVATION VII. — Gour..., 42 ans, P. G. à forme démentielle. 9 accès arrêtés, il y a 2 mois, par quinine, 0 gr. 50. Délire secondaire à forme hallucinatoire auditive. Foie hypertrophié, rate normale.

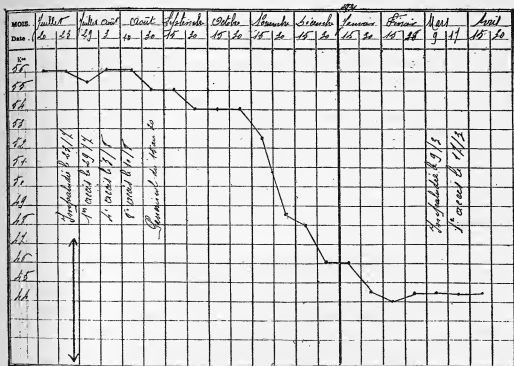
OBSERVATION VIII. — Mah..., 59 ans, P. G. à forme expansive. 8 accès arrêtés, il y a 8 mois et demi, par hyperquinine, 10 cuillerées à café en 3 jours. Psychose secondaire à type maniaque dépressive. Foie et rate normaux.

2° ABSENCE D'HÉMATOZOAIRE, MAIS RÉACTION DE HENRY POSITIVE

OBSERVATION IX. — Mich..., 38 ans, P. G. à forme démentielle. 1^{re} impaludation à la Salpêtrière, il y a 11 mois. 2^e impaludation : 1 accès arrêté spontanément, il y a 3 mois. Deux accès par sulfosine. Délire secondaire à type de psychose hallucinatoire chronique. Foie normal, rate légèrement hypertrophiée.

3° ABSENCE D'HÉMATOZOAIRE ET RÉACTION DE HENRY NÉGATIVE

OBSERVATION X. — Fau..., 47 ans, P. G. à forme tabétique. 8 accès arrêtés, il y a 8 mois, par quinine, 3 gr. en 4 jours. Délire secondaire



Courbe de l'observation IV.

à type de psychose hallucinatoire chronique. Foie petit, rate normale.

OBSERVATION XI. — Fes..., 44 ans, P. G. à forme démentielle. 10 accès arrêtés, il y a 8 mois, par 6 injections de 9 ampoules de 710 Fourneau en 3 jours. Délire secondaire à forme catatonique.

OBSERVATION XII. — Laye..., 34 ans., P. G. à forme démentielle; ganglions suppurés, éthyisme. 8 accès arrêtés, il y a 4 mois et demi, par quinio-stovarsol, 2 gr. en 4 jours. Délire secondaire à type de psychose hallucinatoire chronique. Foie et rate normaux.

OBSERVATION XIII. — Pey..., 47 ans, P. G. à forme démentielle. 8 accès arrêtés, il y a 2 mois et demi, par hyperquinine, 6 cuillerées à café en 3 jours. Délire secondaire à type d'hallucinations cénesthésiques et d'hallucinations du goût (idées d'empoisonnement), caractère paranoïaque.

OBSERVATION XIV. — Stimf..., 32 ans, P. G. à forme dépressive. 8 accès arrêtés, il y a 9 mois, par quinine, 2 gr. 50 en 3 jours. Délire secondaire à type hallucinatoire auditif avec inhibition. Foie et rate normaux.

OBSERVATION XV. — Van Cru..., 51 ans, P. G. à forme délirante. 8 accès arrêtés, il y a 4 mois, par quinio-stovarsol, 1 gr. en 2 jours. Délire secondaire à type de psychose hallucinatoire chronique. Foie petit et rate normale.

En résumé, sur 15 sujets présentant des délires secondaires, 8 avaient encore des hématozoaires dans le sang avec réaction de HENRY positive, 1 avait seulement la réaction de HENRY positive sans présence décelable d'hématozoaire. On peut donc dire que 9, soit 60 0/0, n'étaient pas guéris de leur paludisme, malgré l'arrêt des accès thermique depuis plusieurs mois. Cette proportion se montre considérable. Elle serait certainement encore plus élevée si, au lieu d'une seule recherche hématologique par malade, nous avions pratiqué des examens répétés. On sait, en effet, que chez les paludéens la reconnaissance du parasite, en dehors des accès, exige la multiplication des examens.

Paralysies générales malarisées sans délire ni psychose secondaire.

Les 15 paralytiques générales sans délire secondaire, choisies par comparaison, avaient eu leurs accès fébriles coupés depuis 3 à 13 mois, la plupart depuis 8 à 12 mois. Le nombre des accès était le même ; la médication antipaludéenne également identique. Or, chez toutes ces malades, qui avaient augmenté de poids, nous n'avons constaté ni hématozoaires dans le sang, ni réaction de HENRY.



Ces observations nous permettent d'en dégager quelques conclusions importantes. Les faibles doses de quinine administrées habituellement, comme le préconisent les auteurs, se montrent toujours suffisantes pour arrêter les accès fébriles. Cependant, comme nous venons de le voir, cette médication n'a pas empêché, dans 20 0/0 des cas environ, d'après notre statistique, l'évolution du paludisme sous une forme larvée, sans fièvre ni

manifestations cliniques appréciables. Elle se révélait uniquement par une cachexie lentement progressive, aboutissant à une perte de poids moyenne de 10,9 0/0 en 5 mois et pouvant même atteindre le chiffre de 17,8 0/0.

Il est intéressant de constater qu'après arrêt de la fièvre, un traitement mixte à haute dose — surtout arsenical — n'a pas amené une stérilisation paludéenne, même au bout de longs mois. La malade, Cad... (observ. I), a même présenté une grave névrite optique due au stovarsol à haute dose. Le parasite devient arsénico-résistant comme cela se voit avec le spirochète. MM. CARNOT et BOLTANSKI, dans un article paru dans *Paris Médical*, 14 mai 1927, insistent sur le paludisme quinino et arsénico-résistant, et l'action manifeste de l'iodo-bismuthate solubilisé (280 de FOURNEAU).

Le résultat était d'autant plus remarquable que, dans leur cas, le paludisme échappait absolument à l'action de la quinine et des composés arsénicaux.

Il est illusoire de croire à l'extinction de l'infection malarique par la cessation des accès thermiques. Un examen hématologique et sérologique, fait à des intervalles répétés, peut seul déterminer, d'une manière absolue, l'absence ou la présence d'hématozoaires dans le sang, c'est-à-dire la guérison ou la non-guérison du paludisme thérapeutique. Cette notion a une importance primordiale au point de vue de la prophylaxie des délires secondaires ; l'organisme n'héberge pas impunément un parasite dont les toxines peuvent agir d'une manière défavorable sur certaines régions des centres nerveux, d'autant plus facilement que le cerveau déjà lésé par la méningo-encéphalite, est particulièrement vulnérable.

Les résultats de nos recherches prouvent avec certitude, dans 60 0/0 des cas, la pathogénie palustre des délires secondaires chez les paralytiques généraux malarisés. La médication thérapeutique qui en découle fera l'objet de travaux que nous communiquerons ultérieurement.

M. GUIRAUD. — Je n'ai pas observé ces délires secondaires, sans doute parce que je prescrivis plus de quinine que les auteurs de cette communication. D'ailleurs, après avoir donné 3 grammes, on voit assez souvent des accès paludéens se reproduire. D'une façon générale, j'administre 2 fois 3 grammes de quinine, la seconde dix jours après la première. Il ne faut jamais, pour impaluder un paralytique, se servir du sang d'un malade auquel on a administré déjà de la quinine, car on inocule un plasmodium accoutumé à

celle-ci. Comme séquelle de paludisme, chez mes paralytiques après traitement, j'ai constaté parfois une réaction splénique tardive avec péritonite chronique locale légère, ballonnement, mais sans atteinte de l'état général.

M. HENRI CLAUDE. — Je n'ai que très rarement observé de tels délires secondaires après impaludation thérapeutique. Il est vrai que j'emploie plus de quinine : 1 gr. 50 pendant 4 jours, ce qui fait 6 grammes. Et si la fièvre récidive, j'emploie encore la quinine ou le quinostovarsol. Comme preuves de récidives lointaines du paludisme, j'ai observé 3 cas récents : un accès fébrile survint 2 mois après la fin de l'impaludation ; un autre survint 1 an après ; un autre 3 semaines après et il a fallu l'emploi combiné de l'arsenic et de la quinine pour juguler la fièvre.

Par ailleurs, la malariathérapie, même quand elle est suivie de succès comme chez un médecin qui, paralytique général, fut capable de reprendre sa clientèle après 3 impaludations, peut ne provoquer aucune réaction thermique. Il faut conclure de tout cela que la malariathérapie agit par autre chose que la température et que celle-ci n'est pas une preuve de la guérison de la maladie inoculée. Il faut recourir à la réaction de flocculation et à l'analyse du liquide céphalo-rachidien pour être mieux informé quand la fièvre manque. A noter également que l'injection d'adrénaline par réactivation, ramène la température.

M. LEROY. — C'est peut-être en effet l'insuffisance de la quinine qui amène ces délires secondaires, puisque MM. Claude, Guiraud et Fribourg-Blanc, dont la statistique n'en compte que 5 pour 100, administrent ce médicament à plus hautes doses que nous. Nous employons également le test de l'adrénaline et nous avons eu aussi des cas d'impaludation n'ayant pas déterminé de fièvre, mais ayant eu d'excellents effets thérapeutiques, cas dans lesquels on trouve l'hématozoaire dans les humeurs. Les 3 cas récents de M. Claude où un accès paludéen typique survient tardivement, renforcent notre thèse sur la latence du paludisme inoculé et traité.

Les morphinomanes d'opportunité,
par Prof. C. I. URECHIA et Docent M. KERNBACH.

A l'aide de ces trois observations, nous voulons attirer l'attention sur une catégorie un peu spéciale de morphinomanes : individus dégénérés, rebelles à toute morale, prompts à recourir à la morphine dès qu'ils entrent en conflit avec la loi, et surtout quand

ils sont emprisonnés. Ils s'adonnent à la morphine moins pour adoucir une souffrance morale que pour obtenir des circonstances atténuantes ou être reconnus irresponsables. Dès qu'ils se trouvent en prison, ils demandent d'être transférés dans une clinique pour être soignés et démorphinisés. Le séjour dans une clinique est beaucoup plus agréable que dans la prison, à tous les points de vue. Ils cherchent à se poser en victimes pour exploiter la compassion et se réfugient dans la maladie, dans la morphinomanie pour atténuer les rigueurs de la loi. Une fois transférés dans un hôpital, ils ont tout intérêt à prolonger le traitement pour ne pas guérir trop vite. Pour dérouter les médecins et leur paraître irresponsables, ils simulent la folie et exagèrent les troubles existants.

Dès qu'ils sont libérés de prison ils renoncent à la morphine, ou bien se font traiter dans une clinique, où ils se démorphinisent assez vite. Une nouvelle indécatesse, un nouveau conflit avec la loi, les fait recourir de nouveau à la morphine. Ces individus ne sont pas des vrais toxicomanes, mais des morphinomanes d'occasion ou d'opportunité.

1° D^r X. Y..., 49 ans, de bonne famille, et sans tares héréditaires. A mené une vie mouvementée commettant de nombreuses escroqueries en France, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, en Roumanie. Quoique intelligent, il n'a obtenu que très tard le diplôme de médecin, à cause de ces actes antisociaux. A trois reprises différentes, il a pris de la morphine. Au cours de sa plus récente détention à Cluj, nous avons été chargés d'examiner son état mental, car il insultait ses supérieurs, portait illégalement l'uniforme d'officier, et manifestait par écrits et dans la conversation des idées de persécution. Nous apprenons à cette occasion qu'il avait été examiné déjà à Bucarest par le professeur de médecine légale, qui avait constaté une morphinomanie chronique avec troubles mentaux, et l'avait déclaré irresponsable, ce qui lui avait valu d'échapper à une condamnation de vingt ans. Le malade nous déclare qu'il n'est pas morphinomane, qu'il ne prend plus de morphine, affirmation reconnue exacte, mais qu'il en avait pris pendant qu'on l'observait à Bucarest, et qu'il y avait simulé des idées de persécution et de possession, insultant les juges et les médecins. Déclaré irresponsable et aliéné, il avait été interné dans un asile. Aussitôt, il avait cessé de tenir des propos délirants et de s'intoxiquer, si bien que le médecin de l'asile avait été obligé de le mettre rapidement en liberté. Pendant la guerre se trouvant en Allemagne et emprisonné pour de nombreuses escroqueries il s'adonna de nouveau à la morphine, simula des idées de persécution et fut transféré dans son pays d'origine, comme aliéné. Arrivé en Roumanie, où nous le vîmes, il déclara avoir simulé la folie et pris de la

morphine pour se faire rapatrier. Etant de nouveau emprisonné en 1929, il prétendit être morphinomane et manifesta des idées de persécution qui faisaient hésiter entre une simulation ou une psychose de détention. Transporté dans notre clinique, il ne prit plus de morphine, mais manifesta seulement des idées de persécution en rapport avec son procès et sa détention. Profitant de la loi d'amnistie il fut mis en liberté et nous écrivit plusieurs lettres de remerciements exemptes de toute idée délirante.

2° B. C..., âgé de 27 ans, fonctionnaire, interné dans notre clinique le 25-3-1924, sorti le 18-6 et interné pour la deuxième fois du 3-4-1927 au 7-7-1927, date de sa mort. Rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires ; son père avait été un fonctionnaire distingué ; ses frères ont une très haute situation sociale.

Dans les antécédents personnels, méningite épidémique à l'âge de 7 ans ; infection syphilitique en 1916, bien traitée. Impulsif, indiscipliné, et entêté, il fut éliminé de l'école militaire pour avoir battu un professeur. Il n'a pu faire à cause de son caractère que quelques classes de lycée. Il est toujours resté arrogant, irritable, impulsif, ayant assez souvent des conflits. A longtemps présenté de l'enurésie nocturne et s'est longtemps masturbé. Faisant des escroqueries, il est arrêté ; dans la prison il a recours à la grève de la faim et demande à être transporté dans une clinique pour être soigné pour sa morphinomanie. Comme il avait un abcès de la cuisse il est transporté dans la clinique chirurgicale. Après la guérison de l'abcès on décide de le renvoyer en prison, mais il commence à faire scandale, à vociférer, à insulter les médecins, à frapper les religieuses, si bien qu'on soupçonne des troubles psychiques en rapport avec la morphinomanie et qu'il est transféré dans notre clinique. Arrivé chez nous, il se calme et sollicite, par l'intermédiaire de son avocat, une expertise psychiatrique, que le tribunal admet. Assuré maintenant de pouvoir rester quelque temps à l'hôpital, il devient calme et n'a plus de motif de simuler des troubles mentaux. Il supporte avec difficulté la réduction des doses de morphine, mais il a tout intérêt à ne pas être trop vite démorphinisé. Il est affaibli par la grève de la faim et l'abcès incisé. Il nous déclare avoir pris de la morphine à deux reprises antérieures, à l'occasion de conflits plus ou moins identiques, ce qui lui valut, sa famille ayant payé ses indécrottes, d'échapper à une condamnation. Cette fois-ci, la somme étant assez grande et la famille, exaspérée de ses récidives, ayant refusé de s'occuper de lui, il nous avoue avoir recommencé à prendre de la morphine depuis quatre mois, depuis que ses malversations ayant été découvertes il a été mis sous enquête. Son procès fini, le malade se démorphinise complètement, et nous le revoyons dans l'intervalle. Deux années plus tard, fait de nouvelles escroqueries, reprend de la morphine, est interné de nouveau dans notre clinique avec de nombreux abcès, qu'il refuse de laisser inciser et traiter convenablement, aussi succombe-t-il par septicémie.

3° N. Z., médecin, tares héréditaire dans la famille ; a été un étudiant médiocre. A eu une scarlatine grave après la puberté. Présente des troubles dégénératifs et une anesthésie morale. Inculpé en justice et mis sous mandat d'arrêt, il s'enfuit, se déguise, et commence à prendre de la morphine. Son père demande à un de ses collègues si son fils pourrait être traité pour ce vice dans sa clinique. Une fois arrêté, il demande à être démorphinisé et à être transféré à l'hôpital. Il nous avoue qu'il prend de la morphine depuis un mois, depuis qu'il courait le danger d'être arrêté. Nous opinons qu'il pourrait tout aussi bien être traité par le médecin de la prison, et après quelque temps le prévenu est libéré sous caution.

Sur quelques psychoses grippales, par C. I. URECHIA.

Nous croyons intéressant d'insister sur les psychoses grippales, observées à l'occasion des épidémies de ces dernières années et dont l'étiologie et les aspects cliniques peuvent rester inaperçus.

1° Mme R. Alexandra, 23 ans. Rien d'important dans les antécédents héréditaires ; elle a fait une grippe dont elle a été soignée dans la clinique médicale ; immédiatement après la chute de la fièvre, on la transfère dans la clinique gynécologique pour une vulvo-vaginite ; mais deux jours après, elle accuse de la céphalée, rigidité de la nuque, douleurs abdominales, insomnie, — elle a de la diarrhée et de l'incontinence, et manifeste en même temps des troubles psychiques. La malade est transférée dans notre clinique. Elle est pâle et maigre, présente une légère conjonctivite ; au cœur myocardite, pouls 90 ; anisocorie avec conservation des réactions ; réflexes rotuliens vifs ; urine sans albumine ni sucre ; ponction lombaire négative. Légère rigidité de la nuque ; signe de Kernig ; carphologie, grimaces ; crises d'anxiété. La mémoire est altérée, mais lacunaire, car elle donne quelques réponses exactes, surtout quand elle fait des efforts. L'attention est diminuée ; la perception se fait avec difficulté ; très asthénique, elle répond avec difficulté à nos questions, devient assez souvent confuse, ou ne finit plus les phrases. Assez souvent des réponses superficielles et stéréotypées. Hallucinations visuelles et auditives de caractère terrifiant qui s'exagèrent surtout vers le soir et pendant la nuit. A cause de ces hallucinations la malade devient anxieuse et crie quand on veut l'approcher. L'état confusionnel s'exagère, l'onirisme est intense, agitation, anxiété, tentatives de fuite.

On donne des toniques cardiaques, on fait des injections de sérum phosphaté, mais la myocardite progresse ; pouls 120, à peine perceptible.

Après un collapsus suivi d'une courte phase d'agitation, elle succombe le sixième jour de sa confusion mentale.

Le cerveau est anémique, et l'examen microscopique nous a montré

des altérations dégénératives de caractère aigu et inégalement réparties.

2° Marguerite, 20 ans ; dans les antécédents héréditaires un oncle psychopathe ; mère ayant eu une dépression ; dans l'enfance, dysenterie et rougeole. Caractère sensitif et entêté ; après une déception amoureuse et un voyage fait pendant l'hiver, la malade fait de la fièvre, un état grippal, et pendant l'état fébrile, des troubles psychiques qui déterminent son internement.

Examinée dans notre service on constate : langue saburrale, inappétence ; troubles psychiques. Au commencement, la malade a été déprimée pendant quelques heures, après quoi elle a eu un accès de rire qui a duré une demi-heure ; le lendemain, logorrhée, fuite des idées, expressions obscènes, impulsions. Elle parlait beaucoup de son fiancé qui l'avait quittée ; reprochait à sa famille le manque de sollicitude qui l'a empêchée d'ouvrir un salon de modes. Dans notre clinique on constate le tableau d'une manie mixte ; agitation motrice très prononcée avec des attitudes lubriques, masturbation, manque de pudicité.

Sept jours plus tard, elle se calme, mange avec appétit ; très asthénique ; on constate de la myocardite. Le soir on constate 38°4, le lendemain la température descend à 37°2. Mais le jour suivant la malade, qui était toujours calme, succombe subitement. A l'autopsie, on constate : myocardite prononcée, congestion des bases pulmonaires, néphrite ; rate infectieuse ; bronchite.

3° Veronica A., 38 ans. Alcoolisme dans les antécédents ; rougeole dans l'enfance ; la malade se sent mal, depuis cinq jours ; elle a de la céphalée et présente de l'agitation psycho-motrice. Examinée dans notre clinique, on constate : myocardite avec arythmies, pouls 96, mouvement fébrile variant entre 37,6-38,4, des traces d'albumine dans l'urine ; bronchite ; inappétence marquée ; constipation ; langue chargée. Au point de vue psychique, agitation psycho-motrice ; salivation abondante ; le tableau psychique est celui de la manie aiguë. Dix jours après le début de la maladie, on constate une légère rigidité de la nuque avec le signe de Kernig peu exprimé ; le cœur commence à faiblir, l'agitation diminue et la malade succombe par myocardite le jour suivant.

L'autopsie nous montre une myocardite prononcée qui avait provoqué la mort et des dégénérescences dans les autres viscères. L'examen microscopique du cerveau nous montre une légère méningite incipiente ; par endroits, les méninges étaient épaissies et présentaient de légères infiltrations avec lymphocytes et de rares plasmatocytes. Dans la substance grise des lésions dégénératives disposées irrégulièrement, comme on trouve du reste dans toutes les maladies infectieuses.

4° Auer R., 39 ans. Fièvre typhoïde à 12 ans ; de tempérament nerveux, irritable, autoritaire et violent. Deux de ses enfants étant grippés, il s'est beaucoup fatigué à les soigner et contracta la grippe.

Manifeste des idées de persécution, soutenant que ses enfants ont été intoxiqués ou ensorcelés ; trois jours après, il est pris d'une grande agitation psycho-motrice avec confusion qui détermine son internement. On constate un mouvement subfébrile, 37,2-37,8, et un tableau confusionnel. Après trois jours, le malade se calme, devient lucide, et la température disparaît.

5° B. Julie, 37 ans, sans tares héréditaires, a toujours été en bonne santé. Au mois de janvier 1931, grippe avec température oscillant pendant dix jours entre 39 et 40. Pendant la période fébrile, état confusionnel, qui se continue dans la convalescence. Emmenée dans notre clinique, on constate le tableau d'une manie confuse, avec érotisme et quelques rares idées d'empoisonnement. Au mois d'avril, légère accalmie, puis rechute de 20 jours, après quoi la malade devient normale.

6° S. Jules, 27 ans, rougeole dans l'enfance ; au mois de février, grippe avec fièvre élevée. Le malade qui avait en outre des contrariétés pécuniaires reprend le travail avant même que la fièvre ait disparu et commence à présenter insidieusement des troubles psychiques ; il devient bizarre, négligent et confus. Amené dans notre clinique, on constate un mouvement subfébrile. Il est affaibli, avec infantilisme partiel et stigmates de syphilis héréditaire, langue saburrale, traces d'albumine dans l'urine. Dans la ponction lombaire, rien d'anormal. Au point de vue psychique, on constate de légères bouffées confusionnelles, avec de la bizarrerie et de l'autisme à allure schizoïde. Pendant huit jours la température oscille entre 36,7 et 37,4. Très amélioré après deux semaines, il est emmené par ses parents mais quatre jours après il devient de nouveau agité, ne dort que très peu, est anxieux et présente de vagues idées de persécution. Trois jours après il se calme. Dans les deux mois suivants, il présente encore de la dépression et deux bouffées de très courte agitation. Depuis trois mois, aucun trouble psychique et le malade reprend son service au chemin de fer.

7° B. Jean, 35 ans. Nulle tare nerveuse dans la famille, traumatisme pendant la guerre, dont il a guéri, sans aucune complication ; tempéré et sain jusqu'à la maladie actuelle. Il a en effet souffert d'une grippe avec grande fièvre, qui a duré plusieurs jours ; il reprend immédiatement son métier de tailleur, et reste en même temps très affecté par la mort de deux voisins. Il devient subitement anxieux, présente des paresthésies dans les membres et dans la région précordiale, se croit voué à la mort. Il essaie de se suicider et consulte plusieurs médecins (10) pour ses idées hypocondriaques ; il se croyait malade du cœur, atteint de goitre, de cancer du larynx, de neurasthénie, etc. Après deux mois de traitement sans résultat, il est amené à la clinique.

Relativement bien nourri ; labilité cardio-vasculaire, langue saburrale ; inappétence, réflexes tendineux vifs ; déprimé, émotif et anxieux, il pleure souvent et s'occupe tout le temps de sa personne.

Devient fréquemment anxieux. Un jour il devient subitement anxieux, crie qu'on l'a empoisonné et cherche à sauter par la fenêtre. Dans les jours suivants, phases de confusion avec anxiété intense ou anxiété prononcée avec fugues terrifiées. La température a oscillé pendant dix jours entre 37 et 38,4. Le malade se calme progressivement et quitte la clinique complètement guéri après quinze jours.

8° S. M., âgée de 24 ans ; tare héréditaire chargée. A eu à 21 ans une courte et légère phase de dépression. Le mois de mars, une grippe, sans fièvre trop élevée, et pendant la période fébrile un tableau de manie aiguë. Cette manie présentait une forme mixte et des notes schizoïdes. Le mouvement subfébrile a duré deux semaines ; quoique l'état général fût relativement bon, les troubles psychiques ont duré deux mois après la chute de la fièvre.

Comme nous venons de voir, il s'agit de choses et tableaux un peu différents en rapport avec l'épidémie de grippe, qui a sévi cette année en Roumanie. L'épidémie a été relativement bénigne, sans complications pulmonaires, mais contrairement aux années précédentes, les troubles psychiques ont été plus fréquents. Nous avons aussi la sub-fébrilité prolongée pendant 2, 3 ou même 6 semaines, avec état général assez bon, ou avec asthénie. En même temps que l'épidémie de grippe, nous avons constaté quelques nouveaux cas d'encéphalite léthargique, coïncidence du reste assez bien connue. Nous avons été frappés aussi par trois cas, observés pendant cette épidémie, et dont la nature grippale est incertaine ; il s'est agi en effet de mouvements sub-fébriles qui survenaient surtout dans l'après-midi et duraient 3, 5 ou 6 heures, qui s'accompagnaient d'asthénie, de pression cérébrale, de céphalée, avec quelquefois sensation d'obnubilation et à l'examen ophtalmoscopique une névrite optique ou une tension rétinienne augmentée. L'examen le plus minutieux fait par plusieurs spécialistes n'a pu rien trouver aux poumons ou autre part, qui puisse expliquer ces symptômes. Ils ont du reste guéri dans un délai de 20-40 jours. En ce qui concerne les troubles psychiques, nous constatons que la grippe, comme du reste les autres intoxications ou infections, est capable de déclencher des accès de psychose périodique. Les accès de psychose périodique ont déjà existé avant la grippe et ils vont survenir après, la grippe n'a fait que sensibiliser, déclencher un accès, qui aurait apparu probablement plus tard. Comme les périodiques présentent assez souvent des tares héréditaires, la grippe déclenche surtout des accès chez les constitutionnels ; la psychose prend assez souvent des formes atypiques mixtes, ou un coloris schyzoïde. Du reste, il arrive qu'une psychose grippale, et nous en avons

observé deux cas, passe à la chronicité et prend l'aspect de la démence précoce, comme du reste Régis l'a si bien remarqué. Les psychoses grippales dans nos cas ont apparu pendant la période fébrile ou dans la convalescence. Les troubles psychiques de la période fébrile ont surtout présenté un aspect confusionnel et exceptionnellement maniaque. Assez souvent ces individus présentent une espèce de labilité cérébrale qui les fait facilement délirer à l'occasion des maladies fébriles. Les états dépressifs et anxieux sont relativement fréquents et quelquefois l'anxiété peut devenir intense et exposer les malades au suicide. Nous rencontrons des cas où la dépression et l'anxiété vont jusqu'à la confusion ; l'anxiété peut survenir par bouffées. Il n'existe pas un rapport direct entre l'intensité de la fièvre et l'intensité des troubles psychiques. Dans tous nos cas, la ponction lombaire a été négative.

Nous remarquerons enfin que, dans un de nos cas, il existait des symptômes d'irritation méningée (cas I) et que l'autopsie a montré une légère inflammation inégalement répartie de ces membranes.

Dans deux de nos cas, la mort est survenue par myocardite et il se peut que les troubles des autres organes ou émonctoires soient aussi intervenus dans le tableau psychique. La durée de ces psychoses varie de quelques semaines à quelques mois (2-3 ; ou même 7 mois) et exceptionnellement elles peuvent passer à la chronicité (confusion mentale chronique de Régis).

Considérations sur la pathogénie des troubles du métabolisme azoté dans les maladies mentales, par MM. Ch. RICHEL fils et J. DUBLINEAU.

A la lumière de quelques données expérimentales récentes, nous ne croyons pas sans intérêt de revenir sur la pathogénie des troubles du métabolisme azoté dans les maladies mentales.

On sait la fréquence, au cours des syndromes mentaux les plus divers, d'une élévation (absolue ou relative) du taux de l'urée sanguine. Cette élévation est généralement temporaire et contemporaine d'un épisode aigu, *delirium tremens* par exemple [Fribourg-Blanc (1) ; Toulouse, Courtois et Mlle Russell (2)].

(1) FRIBOURG-BLANC et JUDE (*in Art. de Toulouse, Courtois et Mlle Russell*). Soc. de Méd. militaire, 1927.

(2) TOULOUSE, COURTOIS et Mlle RUSSELL. — Sur quelques modifications chimiques du sang au cours du *delirium tremens* alcoolique. *Ann. médico-psychol.*, 1931, 124/130.

Dans un cas récent de Targowla (1), le chiffre de 3 gr. 69 fut observé au cours d'une poussée de psycho-encéphalite anxieuse chez une femme malade depuis plus de dix-huit mois. Si, au point de vue du pronostic, un chiffre élevé isolé n'a pas de signification grave, une ascension progressive et continue (celle des encéphalites psychiques par exemple) doit faire, sauf exception, présager une issue fatale.

Pour expliquer cette hyperazotémie, divers mécanismes ont été envisagés. En schématisant à l'excès la question, on peut admettre trois séries de faits :

I. LES TROUBLES MENTAUX SONT LIÉS A UNE NÉPHRITE AZOTÉMIQUE CARACTÉRISÉE. — Ces faits sont très spéciaux, la lésion du rein est évidente. Nous ne nous y arrêtons pas.

II. LE REIN PARAÎT TOUCHÉ, MAIS IL N'Y A PAS DE NÉPHRITE VRAIE. — Il n'est pas rare, en effet, au cours des épisodes délirants aigus, d'observer des troubles de la dépuración rénale, oligurie, hypoazoturie, petits signes décelables par les épreuves spéciales [Targowla (2)]. L'azotémie dans ces cas est considérée comme le témoin d'une rétention uréique liée à des troubles fonctionnels du rein.

III. LE REIN N'EST PAS TOUCHÉ. — Les troubles de la fonction rénale sont loin d'être constants. C'est surtout dans les grands états confusionnels qu'on les observe. Par contre, au cours des petites poussées azotémiques transitoires qui accompagnent si souvent le début de la démence précoce, les épreuves donnent des résultats négatifs. Dans l'ensemble, on peut dire que le facteur rénal ne paraît pas devoir occuper dans la pathogénie de l'azotémie au cours des maladies mentales une place prépondérante, les délires des néphrites azotémiques mis à part.

Force est donc dans ces cas d'invoquer d'autres mécanismes :

a) *Le rôle du foie.* — La coexistence fréquente de corps acétoniques dans les urines, la constatation de petits signes d'insuffisance hépatique, ont pu faire penser que l'azotémie relevait d'une hyperuréogénie hépatique (Targowla).

(1) TARGOWLA. — Psycho-encéphalite à forme anxieuse, dépressive et hallucinatoire; syndrome parkinsonien fruste, hyperazotémie transitoire. *Bull. Soc. Cl. Méd. ment.*, 1929, XVII, 161-166.

(2) TARGOWLA. — Azotémie et troubles mentaux. *Presse Méd.*, 1924, 16 avril, n° 31.

Id. — Le problème de l'azotémie en pathologie mentale. *Bull. Soc. Cl. Méd. Ment.*, 1929, XVII, 156-160 (avec bibliographie des travaux de l'auteur sur la question).

b) *Rôle de la fonte tissulaire.* — Cependant, par ailleurs, le même auteur insiste sur une variété d'hyperazotémie s'accompagnant de fonte tissulaire chez les délirants aigus et même dans certaines variétés de paralysie générale à évolution rapide. Dans ces cas, « la diurèse est normale ou même exagérée, la concentration uréique de l'urine un peu supérieure à la moyenne et « l'azotémie oscille autour de 0,40 à 0,50 pour 1000 ». Si nous remarquons que les sujets sont, du fait de leur agitation, le plus souvent au jeûne (au moins relatif), nous retiendrons qu'ils présentent manifestement dans ces cas de l'*hyperazoturie* et de l'*hyperazotémie*.

Même remarque en ce qui concerne les délires aigus azotémiques. Pour MM. Toulouse, Marchand et Courtois (1), l'élimination uréique, dans les limites où il est possible de l'apprécier, en raison de l'agitation des malades, reste souvent satisfaisante en dépit de l'oligurie, voire d'une albuminurie légère. Ici encore, il s'agit de sujets qui ne s'alimentent pas, ou mal. Donc l'azoturie, si même elle ne dépasse pas 12 à 18 gr. d'urée, est déjà de l'hyperazoturie. Pour ces auteurs, l'azotémie de l'encéphalite psychosique rappellerait certains faits de désassimilation azotée exagérée, tels ceux décrits dans l'azotémie des nourrissons par Nobécourt et Maillet, ou dans les septicémies par Merklen. Tout récemment, l'un de nous a eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Claude un cas de manie confuse qui confirmerait cette manière de voir. Chez ce sujet refusant toute nourriture, le taux de l'urée sanguine s'élevait à l'entrée à 1 gr. 26 avec une élimination exagérée s'élevant à 30 gr. d'urée environ par 24 heures pour une diurèse de 800 cc. recueillis au cours de 4 sondages successifs. Il y avait donc, chez ce malade en état de jeûne, une déperdition azotée urinaire fortement exagérée. Par ailleurs, les urines étaient claires, non albumineuses, sans pigments ni sels biliaires. On y trouvait des traces d'acétone.

Dans les jours qui suivirent, l'azotémie régressa rapidement de 1 gr. 26 à 0 gr. 39 avec une azoturie de 21 gr. par 24 heures, cependant que l'état mental s'améliorait, que le malade se réalimentait et que le poids remontait de 47 à 50, puis 55 kilos en quelques jours. Fait capital enfin, après amélioration, l'accès maniaque reparait, l'azotémie remonte alors à 0,62, le poids retombe à 52 kilos. (Les urines ne peuvent être recueillies).

*
**

(1) TOULOUSE, MARCHAND, COURTOIS. — L'encéphalite psychosique aiguë azotémique. *Presse Méd.*, 1930, 12 avril, n° 30.

IV. INFLUENCE DES LÉSIONS NERVEUSES SUR LA PRODUCTION DE CERTAINES AZOTÉMIES. — La constatation d'une fonte tissulaire vraisemblablement d'origine hépatique associée à une lésion du système nerveux permet de se demander si cette uréopoièse n'est pas sous la dépendance d'un trouble nerveux.

1. *Lésions médullaires.* — L'hypothèse d'un trouble trophique est soulevée par MM. Toulouse, Marchand et Courtois, qui attirent l'attention sur l'importance des lésions cellulaires des cornes antérieures de la moelle.

2. *Lésions des centres.* — Les mêmes auteurs posent en passant le problème d'un centre nerveux hypothétique régulateur de la teneur du sang en urée, hypothèse qu'aucun fait ne leur permettait de retenir à ce moment. Pourtant, un certain nombre d'arguments anatomiques semblent devoir justifier cette hypothèse, car ces mêmes auteurs avaient signalé l'importance et la constance des lésions bulbaires, qu'ils situaient principalement dans le raphé et les régions olivaires.

Nous pouvons apporter maintenant des arguments *expérimentaux*. Ils ont en partie fait l'objet d'une communication récente à l'Académie des Sciences (1). Aussi ne les rappellerons-nous que sommairement, désirant seulement dégager leurs conséquences au point de vue spécial des maladies mentales.

Au cours de recherches entreprises sur le lapin, nous avons démontré la possibilité de déterminer des troubles du métabolisme azoté par piqure de la région bulbo-protubérantielle. Les animaux étaient soumis à un régime alimentaire constant : 350 gr. de carottes et 2 poignées de son par 24 heures. Eau à volonté. On notait chaque jour la diurèse et on dosait l'azote urinaire par l'hypobromite de soude. Quand l'équilibre était obtenu dans les éliminations, on dosait l'azotémie et on piquait le cerveau. La piqure était faite soit avec une aiguille, dans laquelle on introduisait un fil de verre, soit par introduction directe du fil de verre après trépanation. Dans les cas où l'on désirait provoquer des lésions plus importantes, l'aiguille de verre était préalablement trempée dans la teinture d'iode.

Après la piqure, on suivait la courbe de l'azotémie (2) et de

(1) Ch. RICHET fils et J. DUBLINEAU. — Effets de la piqure du 4^e ventricule sur la combustion des matières protéiques. *C. R. Acad. des Sciences*, 1931. Séance du 8 juin 1931.

(2) L'azotémie était dosée par le procédé de Fosse au xanthidrol (méthode de Cuny). On sait que ce microdosage donne des chiffres inférieurs de 20 à 25 0/0 à ceux obtenus avec l'hypobromite de soude.

l'azoturie. Dix fois sur quinze expériences nous avons obtenu après la piqûre de la région bulbo-protubérantielle, une augmentation transitoire (du simple au double) de l'azoturie et de l'azotémie; c'est ainsi que dans une de nos expériences les plus typiques, le chiffre de l'azoturie passa de 0 gr. 81 par jour avant la piqûre à 1 gr. 31 à partir du 4^e jour; 1 gr. 51 du 7^e au 9^e, pour redescendre à 1 gr. 32 le 10^e, 1 gr. 16 le 11^e, 0 gr. 81 le 12^e jour. En même temps, l'azotémie passait de 0,30 avant la piqûre à 0 gr. 62 le 9^e jour, pour retomber à 0 gr. 41 le 12^e jour. Durant ces 12 jours, le lapin avait perdu 250 grammes de son poids.

Dans les cas où la piqûre provoqua de graves désordres, mortels en quelques jours, le taux de l'azotémie atteignit des chiffres supérieurs (1 gr. 55, 1 gr. 91) avec azoturie atteignant 2 gr. et fonte musculaire considérable).

Nous avons obtenu parfois de la polyurie, parfois de la glycosurie ou une hyperthermie transitoires (jamais d'albuminurie). Mais la rareté de ces troubles nous incite à penser que le centre, ou plutôt que la région régulatrice du métabolisme azoté paraît indépendante des centres glycosurique ou polyurique, ainsi que des centres vaso-constricteur et convulsif.

Dans quelle mesure les autres régions peuvent-elles conditionner le phénomène? A trois reprises, la piqûre de la région frontale s'est révélée sans effet. Pour ce qui est de la région tubérienne, siège de la régulation d'une partie des autres métabolismes [Camus et Roussy, Camus, Gournay, Le Grand], nous ne saurions dire encore d'une façon précise dans quelle mesure leur lésion modifie le métabolisme azoté. Ce que nous désirons surtout mettre en valeur, c'est la possibilité de produire des hyperazoturies et des hyperazotémies par lésions des centres nerveux végétatifs, et ces faits nous paraissent expliquer un certain nombre d'azotémies avec déperdition tissulaire dans les psychopathies.

V. LES HÉPATONÉPHRITES FONCTIONNELLES ET LES CENTRES NERVEUX. — Reste à expliquer les azotémies contemporaines de petits troubles passagers de la fonction hépato-rénale, en dehors de toute fonte tissulaire caractérisée; certes, l'azotémie peut être considérée comme un témoin de ces hépatonéphrites passagères. Pourtant, un certain nombre de faits nous inclinent à penser que le mécanisme de ces troubles est plus complexe.

Pour ne prendre que les cas les plus typiques, ceux de la confusion apparemment primitive, on peut se demander, chez un sujet jusqu'alors indemne d'antécédents hépatiques et rénaux, pourquoi subitement éclatent simultanément troubles mentaux et

troubles fonctionnels viscéraux. La même remarque s'applique aux faits de délires polymorphes (Claude, Targowla (1), dans lesquels ces auteurs ont mis en évidence des manifestations du même ordre.

Les troubles mentaux et hépato-rénaux ne sont-ils pas sous la dépendance d'une même cause : l'atteinte primitive du cerveau végétatif par un processus encéphalitique initial ? Certains troubles du métabolisme, tels ceux qu'on observe dans l'encéphalite épidémique, plaident en faveur de cette hypothèse. Par ailleurs, l'un de nous doit prochainement, avec MM. André Jacquelin et François Jolly, publier plusieurs observations où les troubles hépatiques apparaissent au cours de certaines affections du système nerveux. Enfin, l'existence de troubles hépatiques dans certaines neuropathies (la maladie de Wilson, par exemple) est connue. Aussi croyons-nous que certains troubles de la fonction hépatique peuvent être sous la dépendance du cerveau végétatif. Récemment, d'ailleurs, Guiraud (2) formulait une hypothèse analogue et, dans une conférence à l'Hôpital Henri-Rousselle, parlait de syndromes hépato-encéphaliques. Tout dernièrement enfin, le professeur Claude (3) admettait l'origine nerveuse de certaines azotémies. Les faits que nous apportons constituent, croyons-nous, de nouveaux éléments de présomption en faveur de cette opinion.

CONCLUSIONS

Nous croyons apporter une contribution pathogénique à l'étude de l'azotémie coexistant si fréquemment avec l'apparition des troubles mentaux. Eliminons évidemment les troubles mentaux liés à l'hyperazotémie des néphrites chroniques. Lorsque l'azotémie ne s'accompagne pas d'altération rénale et qu'il y a hyperazoturie avec fonte tissulaire marquée, on doit, croyons-nous, souvent invoquer un mécanisme nerveux par lésion du cerveau végétatif agissant vraisemblablement sur le foie. La piqûre de la région bulbo-protubérantielle détermine en effet chez nos

(1) TARGOWLA. — Les délires polymorphes. *L'Encéphale*, 1925.

(2) GUIRAUD. — Discussion de la communication de CHATAGNON, TRELLES et BALLARIN : Troubles de l'utilisation et de l'élimination des corps azotés et hydrocarbonés dans deux cas de psychose involutive post-ménopausique. *Bull. Soc. Clin. méd. ment.*, 1930, XVIII, 40.

Id. — Les syndromes hépato-encéphaliques. Conf. à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1930.

(3) CLAUDE (H.). — Discussion de la communication de MM. MARCHAND et COURTOIS. Paralyse générale à évolution aiguë. *Bull. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, Séance du 12 juin 1931,

lapins azotémie et azoturie avec amaigrissement. Le taux de l'azotémie, l'importance de l'amaigrissement sont fonctions de la localisation et de la gravité de la piqûre.

M. Henri CLAUDE. — D'autres parties de l'axe nerveux que la région bulbo-protubérantielle peuvent être l'objet des mêmes considérations. La glycosurie, la chlorurie et l'azotémie ont en effet été constatées à la suite de lésions de l'infundibulum, du plancher du 4^e ventricule, de l'aqueduc de Sylvius.

M. DUBLINEAU. — En effet, nous avons eu une azoturie légère chez un animal après piqûre du tuber. Cette azoturie était moins grande que celles déterminées par la piqûre de la région bulbo-protubérantielle.

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire des séances,
Paul COURBON.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 2 Juillet 1931

Présidence de M. BAUDOUIN,

Atrophie musculaire progressive, sans cause connue, chez un enfant de onze ans, par MM. L. BABONNEIX et A. MIGET.

Enfant de 11 ans, qui a présenté depuis 4 ans une atrophie musculaire progressive, ayant débuté par les membres inférieurs. Les auteurs, après avoir éliminé l'atrophie Charcot-Marie, pensent à la possibilité d'une myopathie type Leyden-Moebius.

Névrxite bulbo-spinale zostérienne, atteinte combinée de C₁, et des V^e, XI^e et XII^e nerfs craniens, par MM. FAURE-BEAULIEU, MATHIEU et CORD.

Malade porteur d'un zona de la première cervicale, avec troubles sensitivo-moteurs dans divers nerfs craniens. Les auteurs expliquent cette symptomatologie par l'existence d'une atteinte centrale, névrxique.

Hémialgies paroxystiques et troubles sympathiques d'origine encéphalitique probable, par MM. LÉCHELLE, THÉVENARD et DOUADY.

Malade de 50 ans qui a présenté des crises douloureuses de l'hémithorax et des membres du côté droit, et des algies dans le même territoire. Les réflexes tendineux sont abolis au membre inférieur droit. Les auteurs pensent à l'existence d'une infection encéphalitique.

Aspects successifs de maladie de Friedreich et d'héréd-ataxie cérébelleuse chez le même malade, par MM. E. KREBS et P. MOLLARET.

Malade atteinte de maladie de Friedreich typique il y a 20 ans, puis au bout de ce temps s'installe une paraplégie spasmodique, avec réapparition des réflexes. Les auteurs pensent que cette évolution est due à l'adjonction d'une sclérose pyramidale.

Un cas de macrogénitosomie précoce liée à un épendymogliome de la région mamillo-tubérale, par MM. HEUYER, LHERMITTE, Th. DE MARTEL et Mlle C. VOGT.

Il s'agit d'un garçon de 6 ans, dont le développement sexuel correspond à un âge de 15 ans. Une intervention fut pratiquée en vue de l'ablation d'une tumeur présumée de la glande pinéale. Les constatations anatomiques révélèrent l'existence d'une tumeur strictement limitée aux tubercules mamillaires et envahissant la région tubérienne. En coupes sériees, la tumeur put être nettement délimitée ; elle laissait intacte la région sous-thalamique, ne comprimait pas le pied pédonculaire, ne déterminait aucune hydrocéphalie, et s'infiltrait seulement au niveau de la région tubérienne postérieure. L'hypophyse demeurait absolument normale ainsi que le canal de la tige pituitaire dont la lumière était respectée.

Dans ce cas quasi-expérimental, on peut conclure que la macrogénitosomie tire son origine, non d'une perturbation glandulaire primitive, puisque l'hypophyse et l'épiphyse étaient normales, mais d'une altération du système nerveux central où se trouvent localisés les centres végétatifs de la région opto-pédonculaire. Mais, du fait que l'hypophyse n'était pas lésée directement, on ne peut cependant éliminer la possibilité d'un trouble fonctionnel de cette glande qui a pu être secondaire aux atteintes cérébrales.

La gliose angéiohypertrophique de la moëlle épinière (myélite nécrotique subaiguë de Foix et Alajouanine), par MM. LHERMITTE, FRIBOURG-BLANC et KYRIACO.

Les auteurs rapportent une observation anatomo-clinique rappelant ce que Foix et Alajouanine ont décrit sous le terme de « myélite nécrotique subaiguë ». Cliniquement il s'agit d'une paraplégie spasmodique avec troubles sphinctériens et génitaux, anesthésie douloureuse et thermique, signe de Babinski, dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien, transit lipiodolé normal.

L'opération montra une dilatation de tous les vaisseaux pie-mériens. L'autopsie permit de constater une gliose diffuse, avec foyers nécrobiotiques, et en certains points quelques cavités circonscrites.

Les auteurs rapprochent ce cas de la myélite nécrotique de Foix et Alajouanine en préférant le terme de « gliose angéiohypertrophique de la moëlle ».

Tumeurs temporo-occipitales, dont un épendymome du ventricule latéral, opérées et guéries, par MM. Th. DE MARTEL, J. GUILLAUME et A. JEUTZER.

Ces auteurs présentent deux malades atteints de tumeur temporo-occipitales, en insistant sur la grande valeur localisatrice des altérations du champ visuel (hémianopsie ou rétrécissement hémianoptique homonyme).

Ablation presque totale d'un volumineux neurinome du nerf auditif,
par MM. DE MARTEL, J. GUILLAUME et A. JEUTZER.

Malade de 48 ans opérée d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Grâce à une instrumentation nouvelle, le morcellement de la tumeur a permis son ablation presque totale.

Les fonctions de l'olive inférieure, par M. MUSKENS.

L'auteur expose ses recherches d'anatomie comparée, étudie les données anatomo-cliniques des lésions olivaires, et conclut que l'olive joue un rôle important dans le maintien de la statique.

Une nouvelle technique d'imprégnation argentique pour la mise en évidence de l'appareil neuro-fibrillaire et cylindraxile, par Mlle REUMONT (de Bruxelles).

Cette technique consiste dans une modification de la méthode de Bielschowsky qui permet sur des coupes à la congélation d'obtenir une parfaite imprégnation des fibres et des neuro-fibrilles en une heure.

Tumeur à évolution aiguë du mésencéphale au cours d'une coqueluche chez l'enfant, par MM. E. LESNÉ, Ivan BERTRAND et Cl. LAUNAY.

Les auteurs rapportent l'observation d'une tumeur du mésocéphale ayant évolué cliniquement en moins d'un mois. Ils insistent sur les difficultés du diagnostic entre ces tumeurs et les encéphalites de l'enfance.

H. BARUK.

Société de Médecine Légale de France

Séance du 6 Juillet 1931

Quelques certificats médicaux étranges, par M. DERVIEUX.

M. Dervieux soumet à l'appréciation de la Société de Médecine légale le texte de trois certificats médicaux délivrés à des accidentés, certificats dont le libellé paraît manifestement soit insuffisant, soit tendancieux. On est en droit de se demander si les médecins qui les ont rédigés ont péché par ignorance ou par complaisance. Il ne semble pas que ces médecins soient justiciables de sanctions pénales, mais M. Dervieux estime que des cas de ce genre pourraient être soumis à l'ordre des médecins lorsqu'il sera institué.

M. Heuyer signale que certains médecins délivrent parfois des certificats

d'intégrité mentale. Il y a lieu de se méfier de semblables certificats et les médecins qui les délivrent encourent une grave responsabilité.

M. Bourgeois estime que, dans certains cas de ce genre, la responsabilité civile du médecin peut être engagée.

M. Provent envisage les conditions qui pourraient entraîner contre le médecin, soit des sanctions pénales (cas rares pour lesquels il faudrait prouver la mauvaise foi), soit des sanctions civiles (préjudice porté à un tiers).

FRIBOURG-BLANC.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 27 Juin 1931

tenue à la Colonie Provinciale de Lierneux

Présidence de M. HOVEN

Historique de la Colonie de Lierneux, par M. J. MASSAUT.

Dès 1884 le gouverneur *Pety de Thozée* se préoccupait de créer une colonie familiale pour les malades mentaux de la province de Liège. L'arrêté royal qui la constituait légalement fut pris en 1885. Le village de Lierneux fut choisi à cause de son éloignement de tout centre, de son calme, de l'absence d'industrie, de sa superficie très étendue (6.000 hectares), de sa répartition en 14 hameaux. Au début il y eut des difficultés provenant de la crainte des nourriciers et de leur répugnance à accueillir des malades mentaux.

A cette époque la colonie ne possédait qu'une infirmerie centrale qui servait également de pavillon d'observation. La colonie se développant rapidement, cette infirmerie, dont le plan avait d'ailleurs été mal conçu, devint trop petite. Elle fut agrandie en 1907 et 1908 sous l'impulsion des idées développées au Congrès d'Amsterdam sur l'assistance des aliénés, et à la suite de visites faites tant en Belgique qu'à l'étranger par *M. Massaut* et certains membres de la députation permanente, notamment *MM. Laboulle* et *Grégoire*. On s'efforça de se rapprocher le plus possible du quartier d'observation de Bettburg.

Les organisateurs voulaient réaliser un centre de triage et de placement. Ils devaient donc réunir une colonie familiale, un asile, une infirmerie pour les affections intercurrentes et enfin un lazaret pour contagieux. Le plan comprenait également des services généraux : buanderie, cuisine, magasins, bureaux, salles de bains, laboratoires. La guerre interrompit les travaux, mais les constructions et les améliorations furent reprises aussitôt

après la guerre. De 1924 à 1928 on construisit plusieurs pavillons et une salle d'autopsie.

La population actuelle est de 567 malades : 267 sont placés chez l'habitant et 300 séjournent à l'asile. Ceux qui sont placés chez l'habitant y sont très bien adaptés, participent à la vie de la famille, travaillent et ne demandent qu'un minimum de surveillance. Les 300 malades logés dans les pavillons de l'asile sont presque tous inoccupés. Si le programme ébauché est en grande partie réalisé il reste cependant encore à organiser le travail et à construire. Bientôt seront inaugurés pour commencer un atelier de couture pour les femmes, et des ateliers de cordonniers et de tailleurs pour les hommes.

M. Massaut estime qu'on ne doit pas opposer l'asile à la colonie ; l'exemple de Lierneux démontre que les deux institutions peuvent coexister et doivent collaborer.

M. Sano fait ressortir l'importance et l'intérêt de la communication de M. Massaut, et signale que tous les médecins de la colonie de Gheel sauf un, sont présents à la séance.

Contribution à l'étude de la physiologie du liquide céphalo-rachidien (Magnésium et calcium), par M. Ch. MASSAUT.

1° Le taux du calcium dans le liquide lombaire de l'homme correspond à la partie ultra-filtrable du calcium sanguin. Au contraire le magnésium s'y trouve à une concentration beaucoup plus élevée.

2° Le pourcentage du calcium et du magnésium dans le liquide n'est pas modifié dans la schizophrénie, la mélancolie, la paranoïa, la paralysie générale, les tumeurs cérébrales.

3° Les taux du calcium et du magnésium dans le liquide rachidien du chien correspondent l'un et l'autre à la partie ultra-filtrable du calcium et du magnésium du sérum.

4° En ce qui concerne ces deux constituants, le liquide céphalo-rachidien de l'homme a la même composition au niveau des ventricules, de la fosse sous-occipitale et de la région lombaire.

Un cas d'hémiplégie gauche avec troubles aphasiques et psychiques, par M. MATHIEN.

Une malade de 32 ans présente :

1° Des troubles d'ordre anarthrique par perte du langage extérieur.

2° Des troubles de la compréhension de la parole, de la surdité verbale ; mais l'audition semble très défectueuse même pour les sons et les bruits.

3° Des troubles de la lecture ; il y a de l'alexie des phrases, mais pas des mots simples ni des lettres, ni des chiffres. Il n'y a pas d'asymbolie.

4° Des troubles légers de l'écriture ; elle copie cependant l'imprimé en cursive et vice versa.

5° Des troubles du langage intérieur.

Il s'agit d'une aphasie motrice présentant les caractères de l'aphasie de Broca, mais d'une forme anormale dans laquelle l'écriture est facile contrairement à ce qui s'observe chez l'aphasique moteur. Il faut noter que la malade était gauchère de naissance et est devenue droitnière d'éducation.

Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone

Séance du 20 juin 1931

Présidence du Dr J. CORDOBA

Syndromes astasique-abasique et vertigineux transitoires chez un tuberculeux pulmonaire. Nystagmus giratoire anti-horaire persistant. Considérations étiologiques et pathogéniques, par M. A. SUBIRANA (de Barcelone).

Présentation d'un malade de 22 ans qui a été victime brusquement d'un état vertigineux, de vomissements et de l'impossibilité de marcher. Flexion aisée de la cuisse sur le bassin; manœuvre du psoas de Barré positive; léger syndrome cérébelleux à gauche; voix sensiblement scandée; réflexes et contractions du voile du palais plus intenses à droite. Nystagmus giratoire anti-horaire à droite; les bras étendus dévient beaucoup plus à gauche; les épreuves calorique et galvanique dénotent une hyperexcitabilité bilatérale, mais plus marquée à gauche, tandis que la rotation est égale. Astasie-abasie. Antécédents et signes actuels de tuberculose fibro-caséuse. Pas de syphilis. Amélioration progressive, avec guérison qui dure encore, sans modification du nystagmus.

Il s'agit donc, probablement, d'un syndrome vestibulo-spinal de Barré, malgré l'âge du patient et la nature non vasculaire de la lésion bulbaire. Les hypothèses d'une néoplasie latente bulbo-protubérantielle ou d'une forme labyrinthique de sclérose en plaques sont aussi à retenir.

Les ataxies aiguës type Leyden-Westphal peuvent être produites surtout par les facteurs infectieux et toxiques. L'étiologie tuberculeuse n'a pas été citée dans la littérature jusqu'à présent. Le cas de l'auteur, serait-il dû à une infection cérébrale par voie sanguine ?

Cas de tumeur de la zone sensitivo-motrice,
par M. RODRIGUEZ-ARIAS (de Barcelone).

Présentation d'une malade de 45 ans, avec antécédents familiaux et personnels, tout à fait typiques de caractère comitial. Absences et vertiges épileptiques depuis longtemps. Au cours de l'année 1929-30, trois crises convulsives (d'abord partielles et seulement après généralisées) du bras gauche, avec aura motrice (spasme). Phénomènes post-paroxystiques de parésie gauche, très probablement dès le commencement. Traitement boro-luminalique, d'ailleurs assez efficace, mais provoquant ensuite la réapparition des crises quand on arrive à le suspendre. Erythrodermie luminalique grave.

Quelques crises convulsives en 1930-31, avec très légère et transitoire parésie focale. Astéréognosie de la main gauche. Hypoesthésie superficielle

légère à gauche (bras). Réflexes normaux. Babinski négatif. Parésie faciale droite inférieure, peu marquée et ancienne. Rien au point de vue oculaire. Syndrome de compression cérébrale négatif. Hémicrâne droit douloureux à la percussion. Liquide céphalo-rachidien négatif : pas de dissociation albumino-cytologique, ni d'inflammation. Eosinophilie. Réactions du kyste hydatidique négatives. Radiographie stéréoscopique du crâne : petite hyperostose et usure osseuse centrale, au niveau de l'aire rolandique droite.

L'hypothèse d'une néoformation droite de la zone sensitivo-motrice corticale est la plus probable, même si nous tenons compte de la caractérolgie, comitiale de la malade et malgré l'absence des signes habituels de compression cérébrale. Nombre de tumeurs ne donnent pas de stase papillaire et cependant peuvent agir dans le sens épileptogène de nature externe sur un fonds de prédisposition comitiale endogène. Il faut donc retenir le fait. Au point de vue de la structure, le diagnostic de méningiome est très vraisemblable. L'image radiographique signalée a été, déjà, trouvée par l'auteur dans quelques cas de méningiome et de processus similaires, contrôlés anatomiquement ou par l'intervention chirurgicale.

La nécessité d'une intervention radicale n'est pas discutable, parce que, d'après l'expérience de Nonne et de l'auteur, le populaire traitement spécifique d'épreuve, efficace ou non, ne contribue qu'à désorienter et à faire perdre une opportunité de cure meilleure dans les cas comme celui-ci.

Hémi-parésie gauche et spasme de torsion du côté droit, rappelant une rigidité décérébrée hémilatérale, par MM. R. SARRÓ et G. ESCARDÓ (de Barcelone).

Présentation d'une malade de 23 ans, atteinte d'une hémi-parésie gauche et de phénomènes hyperkinétiques progressifs, depuis 6 mois. Il y a 7 ans, période algique brachiale, avec hyperflexion, sans aucune séquelle. Actuellement, à l'épreuve des bras étendus, légère élévation du côté droit. Tronc tordu à droite et en arrière, la main étant en pronation ; phénomène plus marqué pendant la marche. Kinésie paradoxale évidente à plusieurs reprises, surtout quand la malade s'incline, en marchant, à gauche et en avant. L'attitude en extension provoque facilement les spasmes toniques. Hémi-parésie totale gauche, avec signe de la roue dentée et Babinski négatif. Bradyphrénie très légère et consciente. Hypomimie. Liquide céphalo-rachidien normal. Rien au point de vue de l'exploration fonctionnelle du foie.

Il s'agit probablement d'un spasme de torsion post-encéphalitique ; mais on doit tenir compte de la grande analogie des spasmes en hyperextension avec les syndromes cliniques que Wilson qualifie de rigidité décérébrée. Toutefois, les différences cliniques et expérimentales sont si importantes que le mécanisme des mouvements involontaires ne trouve pas, — assez souvent, — une explication plausible.

Attitude de torsion post-encéphalitique par hypotonie posturale hémilatérale. Hémiplégie droite, flasque de l'extrémité supérieure et spasmodique de l'extrémité inférieure. Anhydrose du même côté (technique de Minor), par MM. R. SARRÓ et G. ESCARDÓ (de Barcelone).

Présentation d'un garçon de 12 ans, arriéré physique et psychique, victime d'une encéphalite à l'âge de 3 mois. Séquelle motrice. Asphyxie à

l'accouchement. Il y a deux ans seulement, plicature du tronc. A l'examen clinique, attitude de « singe », avec lordose et scoliose droite lombaires et une compensation cervicale, qui s'atténue, surtout la scoliose, pendant le décubitus. Kinésie paradoxale. Déficit du développement à gauche. Anhydrose droite (technique de Minor). Hémiplegie droite (flasque, avec réaction de dégénérescence des muscles extenseurs, au bras, mais spasmodique, avec Babinski positif, à la jambe). Réflexes abdominaux abolis. Rien au point de vue sensitif. Epreuve vestibulaire rotatoire : production d'un réflexe tonique droit à droite. Fonctions hépatiques normales. Liquide céphalo-rachidien normal. Radiographie vertébrale normale.

Il faut penser à une encéphalite ancienne avec séquelle médullaire (région cervicale). Mais l'attitude de torsion s'expliquerait plutôt, par l'absence du réflexe de Sherrington (« standing reflex »), qui produirait un trouble de l'innervation tonique des muscles postérieurs. C'est à peu près le mécanisme de la rigidité décérébrée.

Tumeur du lobe temporal gauche, diagnostiquée cliniquement, avec hémianopsie en cadran : confirmation ventriculographique. Les troubles cérébelleux dans les tumeurs temporales, par M. A. SUBIRANA (de Barcelone).

Présentation d'un malade de 24 ans, dont les symptômes initiaux font penser à une néoplasie de la fosse postérieure. A l'examen ophtalmologique, on constate l'existence d'une stase papillaire bilatérale et d'une hémianopsie en cadran (partie supérieure droite). La ventriculographie (technique de de Martel) met en évidence une dilatation ventriculaire droite et une interruption dans le profil ventriculaire gauche.

L'auteur discute la localisation exacte de la tumeur dans le lobe temporal en tenant compte que le patient n'est pas gaucher, ni aphasique ; et analyse minutieusement les différents travaux que, depuis Knapp, on a publié sur l'« astasie temporale pseudo-cérébelleuse ».

Les calcifications intracérébrales visibles chez les épileptiques, par M. A. SUBIRANA (de Barcelone).

L'auteur étudie, principalement, trois faits : a) l'aspect historique et le côté expérimental de la formation des ossifications et calcifications intracérébrales ; b) le diagnostic radiologique (travaux de Halstead et Christopher, Sullivan, Bèclère, Penfield et nombre de chercheurs de tous les pays) ; c) la coexistence des crises épileptiques (d'après Schüller et Geyelin et Penfield).

Il décrit ensuite trois cas personnels. 1. Un malade de 27 ans, avec vertiges comitiaux mensuels et une obnubilation post-paroxystique assez forte ; en même temps, petit syndrome pyramidal gauche (irritatif et déficitaire) ; réflexe cornéen moins intense à gauche ; dissociation albumino-cytologique assez légère ; les radiographies découvrent une tache irrégulièrement sphérique, énorme, calcaire, intracérébrale, au niveau de la suture fronto-pariétale, qui rappelle les calculs cités par Sullivan et Buckley et qui diffère des images des gliomes et des tumeurs vasculaires ; un traitement symptomatique a guéri, pour le moment, les troubles. 2. Une malade de 26 ans, épileptique vulgaire (convulsions précédées d'une aura

sensitive au mollet gauche) ; les radiographies indiquent l'existence d'une série de calcifications supra-sellaires (la forme « ballonnée » de la selle turcique et le commencement des crises à l'âge de 2 ans, après une chute, sont en faveur de l'hypothèse d'une tumeur de la poche de Rathke). 3. Enfin, un malade de 16 ans, atteint d'une épilepsie classique ; les radiographies montrent une zone claire intracérébrale d'apparence aérienne.

Suivant les directives de Barré et de Schüller, l'auteur déclare que l'examen radiologique revêt une certaine importance chez tous les épileptiques et que le concept de l'épilepsie essentielle est en discussion.

Réactivation de l'encéphalite épidémique : 2^e note,
par M. B. RODRÍGUEZ-ARIAS (de Barcelone).

Nous avons fait connaître à la séance du 7 mars 1931, un cas de séquelle parkinsonienne, très vieille, réactivée par l'infection grippale de cet hiver, dont les caractéristiques essentielles ont rappelé celles des pandémies antérieures. L'interprétation du fait était assez incertaine, car il y avait la possibilité d'une reviviscence spécifique ou non, ou bien d'une véritable réinfection. En outre, l'existence d'une nouvelle poussée d'encéphalite léthargique, contrôlée peu après, était ignorée.

Aujourd'hui, nous pouvons dire avec certitude que la maladie de von Economo a réapparu à Barcelone, coïncidant avec l'épidémie de grippe. Et, aussi, que la plupart des malades qu'on croyait atteints de séquelles post-encéphalitiques anciennes et de grippe récente n'ont pas eu une réactivation du processus nerveux.

Il est donc intéressant de signaler ce fait au sujet des circonstances qui rendent possible une réactivation encéphalitique. Et nous devons admettre qu'une forme aiguë d'encéphalite léthargique peut affecter un encéphalitique chronique, et que la grippe et l'encéphalite épidémique peuvent se développer en même temps. Malgré tout, il est impossible de distinguer le phénomène d'une réinfection de ce qui est dû à une simple rechute. A cause de cela, très prudemment, nous avons choisi le titre « réactivation ».

Il est nécessaire d'insister encore une fois, sur la signification qu'on doit attribuer aux observations de faits d'aspect épidémiologique dans l'encéphalite.

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

VI^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(La Haye, 15-20 juin 1931)

Séances du 18 juin :

PSYCHONEVROSES DE GUERRE :

Les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux
des combattants.

RAPPORTS

1^{er} Rapport : M. FRIBOURG-BLANC (Professeur au Val-de-Grâce).

La guerre, surtout lorsqu'elle est de longue durée, joue un rôle incontestable dans la genèse et dans la fréquence des troubles mentaux constatés au cours des hostilités. L'hérédité psychopathique, les états dégénératifs et les tendances constitutionnelles morbides n'ont plus une part aussi grande dans l'étiologie des troubles mentaux. Les facteurs occasionnels prennent une importance indéniable. Cependant, la guerre n'a pas créé des psychoses d'un genre nouveau à symptomatologie ou à évolution jusqu'alors inconnue. On n'a pas vu apparaître d'entité morbide nouvelle ; seule la fréquence relative de certaines psychoses s'est modifiée. Ainsi les réactions des débiles et des déséquilibrés s'amplifient dangereusement. Les états maniaques-dépressifs prennent une importance primordiale du fait des circonstances. Les réactions des maniaques et des mélancoliques en cours d'accès se sont montrées plus particulièrement nuisibles aux armées, soit en raison de l'excitation et de l'agressivité des agités armés et de l'élément de scandale si le malade est un officier, soit à cause de l'impression démoralisante que peut provoquer un mélancolique découragé exerçant sans le vouloir une fâcheuse contagion mentale. On pourrait en dire autant de certaines manifestations du début de

la démence précoce, de la paralysie générale. Les toxicomanies et les états confusionnels qui les compliquent parfois trouvent aussi l'occasion de s'épanouir avec plus d'intensité.

Les névroses ont été observées, et se retrouvent aujourd'hui sous forme de séquelles, avec les aspects suivants : 1° Le syndrome post-commotionnel s'accompagnant de discrètes lésions de l'encéphale. 2° Le syndrome post-émotionnel qui ne repose sur aucun substratum neurologique. Moins grave en apparence, il est parfois plus tenace et plus durable. Il se traduit par un état subconfusionnel et le tableau clinique répond à ce qu'on appelait pendant la guerre « l'obusite ». Il est généralement suivi d'un état obsédant persistant. Il est l'apanage des sujets ayant une constitution émotive, mais il peut se rencontrer exceptionnellement chez les combattants qui présentaient un bon équilibre nerveux ; la répétition des chocs finissant par provoquer un état de susceptibilité nerveuse que la volonté ne peut dominer. 3° L'épilepsie traumatique, infectieuse ou essentielle aggravée. 4° La neurasthénie ; les états obsessionnels. 5. Les états pithiatiques qu'il faut savoir différencier des simulations. Il importe de ne pas les considérer comme une simple manifestation superficielle sans intérêt pour l'avenir du malade. Cette affection n'apparaît que sur un fonds mental très particulier. Depuis que Babinski a réduit l'hystérie à ses justes proportions bien des médecins, dépassant la pensée du grand neurologue, ont eu tendance à croire que le pithiatisme ne comportait aucune conséquence sérieuse. Ils n'ont pas pris garde que Babinski a limité ses efforts à l'étude des manifestations neurologiques du pithiatisme. Ce que Babinski a démontré à l'égard des troubles fonctionnels neurologiques reste strictement exact, mais ces manifestations ne sont que la traduction extérieure et généralement transitoire du fonds mental qui demeure inchangé.

Les réactions antisociales provoquées par les psychonévroses de guerre ont été, elles aussi, du même ordre que celles du temps de paix, avec une teinte spéciale due aux circonstances. Les délits ont été plus difficiles à juger et de conséquences plus étendues. Les malades ont eu droit à une pension d'invalidité par application de la loi du 31 mars 1919, engageant la responsabilité de l'Etat.

Le problème social important soulevé par l'étude des psychoses et des névroses de guerre est celui de l'assistance. L'expérience du dernier conflit mondial permet de prévoir la nécessité des organisations suivantes :

1. Aux armées, un service de neuro-psychiatrie annexé à chaque hôpital d'armée et destiné au triage. Les psychopathes graves doivent être évacués immédiatement vers l'arrière ; les simulateurs envoyés au front après invigilation nécessaire ; les malades légers traités sur place. Ainsi seraient évitées les évacuations inutiles.

2. Des moyens d'évacuation des aliénés à interner dans l'asile le plus proche et des grands malades à soigner dans un centre de psychiatrie régional correspondant à la zone de l'intérieur attribuée aux évacuations d'armée.

3. A l'intérieur, un centre de neuro-psychiatrie par région du territoire. Il doit être placé sur un grand courant d'évacuation et installé dans le principal hôpital du chef-lieu de la région afin de disposer de tous les moyens d'investigation clinique. Il assurera les consultations externes et les expertises pour les malades de la région, l'examen de tous les évacués des armées pour un nouveau triage, le traitement des aigus. Le sort de certains sujets à troubles mentaux prolongés peut y être réglé avantageusement

pour eux-mêmes et pour les deniers de l'Etat, car l'internement entraîne la réforme n° 1 et l'attribution d'une pension de 100 0/0 que le malade conserve au moins 2 ans, même s'il sort guéri.

L'utilisation des psychopathes en temps de guerre mérite également de retenir l'attention. On risque en les utilisant dans le service armé de les condamner rapidement à l'évacuation dans un hôpital, puis de les retrouver titulaires de pensions pour « infirmités aggravées en service ». A l'ancienne classification rangeant les recrues en : aptes au service armé et en aptes au service auxiliaire, il y aurait intérêt à ajouter une troisième catégorie de sujets qui seraient déclarés « récupérables pour le temps de guerre ». Les sujets de cette catégorie seraient désignés d'avance pour remplir tel ou tel emploi aux armées ou à l'intérieur. Cette désignation pourrait être faite par le Conseil de Révision après expertise des conscrits par des psychiatres qualifiés.

2^e Rapport : M. W. F. LORENZ (Wisconsin, U. S. A.).

L'utilisation des débiles mentaux et des psychopathes en temps de guerre doit d'abord être envisagée. Que faire des arriérés ? L'expérience du dernier conflit a montré qu'il fallait en général éviter de les placer dans des organisations militaires. Ils sèment le désordre, ne font rien d'utile ; souvent, ils commettent des délits. Il faut procéder de la même manière avec les individus ayant présenté avant leur mobilisation des troubles mentaux. Les circonstances nouvelles seront favorables à une récurrence. Non seulement ils ne rendront pas de services, mais ils diminueront le rendement de leurs voisins, dont ils réclameront le secours. Les Etats-Unis, pour n'avoir pas opéré une sélection assez rigoureuse dans la dernière guerre, payent 45 0/0 des indemnités dues aux pensionnés à des sujets atteints d'affections neuro-psychiatriques.

Le rapporteur décrit ensuite sous le nom de psycho-névroses des manifestations cliniques qui relèvent de l'hystérie, des états psychasthéniques et obsessionnels. Il indique l'élément constitutionnel qui est à la base de tous ces troubles. Les sujets sont des prédisposés. Les commotions par éclatement d'obus, les effets tardifs des gaz ont engendré beaucoup de symptômes tirés de la suggestibilité des névropathes. Les procédés effrayants de destruction dont nous sommes menacés dans les guerres futures augmenteront, dans des proportions considérables, le nombre et l'intensité des réactions psychopathologiques.

Il est indispensable de maintenir en surveillance les individus suspects. Trois mois d'observation attentive ont permis de déterminer le déchet considérable des nerveux : 85 0/0 des malades sont inaptes au moindre service. L'éducation des officiers sur cette question mérite d'être entreprise. Le bon état d'esprit du soldat doit être entretenu. L'administration militaire veillera à grouper les hommes d'après leurs lieux d'origine ; ils seront ainsi moins dépayés, moins inquiets ; leur instinct de communauté et de camaraderie les aidera à supporter les épreuves.

3^e Rapport : M. Philip B. MATZ (Washington).

La guerre a montré qu'une notable partie de la population mâle du pays présentait des tares physiques et mentales qui la rendaient inutilisable à l'ar-

mée. 16 0/0 des hommes ont dû être réformés et un quart de ceux-ci le furent pour des tares neuropsychiques. Leur nombre, dans l'armée américaine, s'est élevé à près de 80.000, de 1917 à 1919. A la date du 30 juin 1930, 14.941 anciens combattants étaient hospitalisés par les soins du « Veterans Bureau » pour infirmité nerveuse ou mentale. L'accroissement d'année en année, du nombre des cas d'invalidité pour des causes neuropsychiques prouve assez l'importance du facteur constitutionnel, amplifié par des motifs économiques et sociaux. Les lésions apparentes sont devenues rares, mais les troubles fonctionnels et psychiques persistent chez des sujets particulièrement sensibles aux réactions nerveuses anormales et qui ont trouvé, à un moment donné de leur existence, une sommation de circonstances favorables à l'éclosion de leurs troubles.

Les psychonévroses étaient des manifestations défensives de protection contre les dangers de la guerre. Dès la fin des hostilités la proportion des psychonévroses nouvelles a diminué dans d'énormes proportions ; ce qui prouve que l'instinct de conservation était bien le mécanisme médiateur de leur développement.

Les résultats éloignés des troubles nerveux de guerre sont encore incalculables. Chaque année, des sujets anciens combattants présentent des troubles mentaux qui nécessitent leur hospitalisation. Il est impossible de dire à coup sûr s'ils sont des victimes indirectes de la guerre ; en tous cas, la Société leur doit assistance. Si la progression suivie jusqu'à ce jour persiste dans l'avenir, le « Veterans Bureau » hospitalisera dans 15 ans 3 fois plus de sujets qu'il n'en soigne aujourd'hui. Malgré les efforts tentés pour instituer le traitement à domicile, le nombre des cas chroniques est tel que beaucoup d'assistés restent à la charge des hôpitaux d'une façon plus ou moins continue. Il s'agit surtout de déments précoces, de paralytiques généraux et en troisième lieu de circulaires. Les ravages dus à la syphilis sont amplifiés pour diverses raisons : soins initiaux mal conduits, intempestifs ou insuffisants, conditions psychologiques favorables à l'éclosion des complications nerveuses, associations morbides plus fréquentes, notamment avec la tuberculose pulmonaire et les affections cardio-vasculaires.

4^e Rapport : MM. PATRICK S. MADIGAN, CLEVE C. ODOM et WILLIAM C. PORTER (Washington).

Le nombre des psychonévrosés aurait pu être notablement réduit si on avait eu le temps et les moyens de les classer et de les écarter du service pendant la guerre. Il faut que cette expérience, chèrement acquise, nous soit profitable. Nos connaissances des facteurs étiologiques et de la prophylaxie se sont étendues. Les événements ont mis à jour l'infériorité constitutionnelle de certains sujets, infériorité qui s'est manifestée par une insuffisance du pouvoir inhibiteur du cerveau et un déséquilibre endocrinien complexe avec activité anormale des réflexes viscéraux. Ces conditions physiologiques ont favorisé les réactions antisociales entretenues par des suggestions morbides. Un état émotionnel intolérable a résulté, chez ces débilisés, du conflit entre le désir de sécurité et le sentiment du respect de soi, de l'estime d'autrui et la crainte des mesures disciplinaires.

Théoriquement, le remède est assez simple. Il consiste à reconnaître promptement ces déficiences personnelles et à les soigner d'une manière efficace. Pour cette fin, il faudra disposer, en temps de paix, d'un nombre suffisant de psychiatres expérimentés ; les uns, en activité, destinés à l'exa-

men des recrues et à l'élimination des tarés ; les autres, de réserve, pour soigner et récupérer en temps de guerre déclarée ou imminente, par conséquent pourvus d'une instruction militaire préalable.

Malgré ces mesures, il est impossible de constituer une armée composée exclusivement d'individus parfaitement stables et équilibrés. Il sera donc nécessaire de prévoir des organisations de guerre, à l'intérieur et à proximité du front. Un diagnostic précoce des troubles psycho-névropathiques s'impose ; il permet de garder dans la zone des armées le maximum de malades soignés immédiatement, stimulés, apaisés et aptes à se plier aux exigences du devoir.

5^e Rapport : M. SMITH ELY JELLIFFE (New-York).

A vouloir trop considérer le facteur constitutionnel, on tend à incriminer l'hérédité et à décourager l'effort psychothérapique. Il n'est pas douteux que les nerveux souffrent à la guerre de dépression morale, mais cette dépression est avant tout influencée par des facteurs occasionnels : fatigues, privations, traumatismes et émotions.

C'est à la psychanalyse qu'il faut recourir pour réadapter les sujets atteints de psychonévroses de guerre ; c'est le seul moyen de déceler, dit le rapporteur, les résistances et les répressions qui échappent à la conscience. Tout malade de cette catégorie a des réserves de répression qui l'empêchent de vivre hors de l'anxiété ; il est vigilant à se protéger. La tâche du psychothérapeute consiste à éclairer la conscience des individus soumis à l'analyse et à sublimer les tendances en vue de leur utilisation normale.

DISCUSSION

M. Aldren TURNER (Londres) insiste sur l'importance des troubles névropathiques chez les officiers et leur répercussion sur la conduite des effectifs qui leur sont confiés. Il signale également la fréquence des états de dépression consécutifs aux blessures de la tête.

M. A. PEKELSKY (Brno, Tchécoslovaquie) a observé couramment, à l'occasion de chocs émotifs ou physiques, des perturbations circulatoires durables. Les commotions s'accompagnent de lésions fines du système nerveux central qu'il a pu mettre souvent en évidence.

M. PIENKOWSKI (Pologne) étudie surtout les manifestations hystériques de guerre. L'exagération des phénomènes sensitivo-moteurs des pithiatiques prend dans les circonstances tragiques un caractère d'acuité insoupçonné. Certes, ces sujets sont d'une suggestibilité considérable, mais on aurait tort de croire qu'ils ne sont que réceptifs. A leur tour, ils réagissent sur l'entourage et peuvent avoir une influence néfaste sur leurs voisins. Un hystérique est plus dangereux que cent poltrons.

M. VALLEJO NÁGERA (Madrid) indique tout le profit qu'on peut tirer du traitement de syndromes organiques jadis considérés comme incurables. Des malades pensionnés pourraient guérir, ne plus être à la charge de l'Etat par conséquent et être récupérés en temps de guerre dans l'armée auxiliaire. Depuis 1924, l'auteur a surtout soigné des paralytiques généraux par des procédés longs et délicats qui demandent un an au moins de surveillance. Il pratique d'abord l'impaludation, puis il ébauche une cure de novarsénobenzol pour forcer la barrière hémorachidienne, enfin il pratique toutes les trois semaines une ponction sous-occipitale avec injection locale d'une solution très diluée de novar associé à l'argent. Il contrôle l'amélio-

ration par l'examen encéphalographique. Il aurait obtenu 80 0/0 de guérisons sociales.

M. Fernand Lévy (Paris) revient sur la question des syndromes émotionnels et commotionnels. Si on ne peut tirer de conclusions valables de la consultation des nombreux travaux entrepris sur les psychonévroses de guerre, c'est parce que les auteurs ne se sont pas mis d'accord sur la question de terminologie. C'est par défaut d'entente que les uns ne voient le problème que du point de vue de la psychothérapie ou de la simulation, que d'autres cherchent à démontrer l'origine organique des manifestations nerveuses de guerre. En réalité, il convient de séparer les états grossièrement organiques, les syndromes psychiatriques classiques et certaines manifestations plus particulières au temps d'hostilités. Ces dernières évoluent souvent sur un terrain mythomane dont il importe de ne pas être dupe.

M. L. PUUSEPP (Dorpat, Estonie). — Les névroses dites traumatiques peuvent survenir chez les prédisposés à l'occasion de chocs psychiques. Un soldat rêve qu'il a reçu un éclat d'obus dans la région lombaire et se réveille avec une paraplégie. La suggestion optimiste est indispensable pour de tels sujets. A Pétrograd, de 1914 à 1917, la progression du nombre des états névropathiques chez les combattants croissait régulièrement avec la durée des hostilités. Dès le début de la révolution russe, sous l'influence de l'exaltation psychique, les cas ont disparu rapidement, mais ils revinrent dès 1918.

P. CARRETTE.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE

L'Année Psychologique, Trentième année (1929), publiée par Henri PIÉRON. (2 vol. in-8°, 936 pages, in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*, Félix Alcan, édit., Paris, 1930).

Fondée par Beaunis et Binet, l'*Année psychologique* en est à son trentième volume. Les douze derniers ont été publiés par M. H. Piéron, qui a assumé cette charge considérable d'assurer dans des conditions particulièrement difficiles la publication régulière à la fois du recueil des mémoires consacrés à la psychologie expérimentale, et d'une partie bibliographique toujours plus importante et d'autant plus indispensable.

Dans le premier mémoire de cette année, M. H. PIÉRON étudie *la dissociation des douleurs cutanées et la différenciation des conducteurs algiques*. D'intéressantes et délicates expériences faites avec l'aide de ses assistants, MM. Marcel François et Chweitzer, M. H. Piéron conclut que tout ce qui a été dit de la sensation de douleur depuis trente ans ne concerne en réalité que la sensation de piqure à faible coefficient douloureux.

Le fonctionnement sensoriel comporte des réactions perceptives, avec discrimination spatiale, temporelle et qualitative permettant une adaptation souple du comportement au milieu extérieur, et des réactions affectives. La douleur est une réaction affective commandant une activité protectrice, réaction intense, atteignant un niveau émotionnel. Parmi les systèmes récepteurs sensoriels, les plus spécialisés restent bien au-dessous du niveau douloureux de la réaction affective.

Il existe, dans l'innervation cutanée, un grand nombre de systèmes récepteurs spécifiquement distincts. Les systèmes sensoriels cutanés à réactivité douloureuse paraissent dépendre de fibres conductrices spécifiquement distinctes, d'inégal diamètre d'après les vitesses différentes de conduction que M. Piéron indique pour les *thermalgies* (brûlure), les *centalgies* (piqure) et les *crousalgies* (pincement). Les systèmes de tact et de sensibilité thermique appartiennent au groupe de fibres plus grosses à vitesse moyenne plus rapide.

M. H. Piéron émet l'hypothèse que les impressions plus vagues, de caractère émotionnel plus marqué (causalgie, piqure des vaisseaux cutanés) sont conduites par des fibres très fines, amyéliniques, relevant du système auto-

nome, impressions montrant en quelque sorte la part tégumentaire de la cénesthésie et ayant une étroite parenté avec la viscéralgie.

Citons encore de Marcel FOUCAULT, un mémoire sur *les Associations locales et la loi de fixation des images* ; de A.-G. KOHT, une *étude d'un test d'imagination sur des écoliers parisiens* ; de G. DURUP et A. FESSARD, une *étude sur la variation de l'énergie lumineuse et de l'acuité visuelle en fonction de la durée, à intensité apparente constante* ; de H. PIÉRON, des expériences sur *la sommation spatiale des impressions lumineuses au niveau de la fovea* ; de René LEURQUIN, une *étude expérimentale de l'habileté motrice ; une contribution à l'étude de l'apprentissage*, par Dora HELLER-KOWARSKI et Marcel FRANÇOIS ; une *expérience sur l'apprentissage dans le test de barrage*, par A. CHWEITZER.

Les deux volumes renferment en outre près de 1.500 analyses pour lesquelles M. H. Piéron est resté fidèle aux règles adoptées par Binet : bibliographie large, mais sélective, exposés documentés, fournissant le plus possible de données positives à la fois sur les résultats et sur les méthodes, mais aussi critiques quand il y a lieu, et susceptibles par là, de guider et renseigner, de façon vraiment utile, les fidèles lecteurs de l'*Année psychologique*.

Ainsi s'explique le très légitime succès d'une publication qui correspond à un besoin et qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèques de psychologie normale et pathologique.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Aux confins de la maladie, par A. POROT. (1 brochure, 20 pages, Baconnier édit., Alger, 1931.

Cette leçon inaugurale du cours de pathologie générale et médicale faite à la Faculté d'Alger le 19 novembre 1930, est un exposé élégant et clair, non seulement de l'importance du coefficient individuel dans la réaction de l'organisme aux atteintes pathogènes, mais encore des moyens d'analyser les éléments de ce coefficient et de favoriser ou d'entraver leurs effets suivant que ceux-ci sont ou non salutaires.

Il existe, pour la notation des réactions physiologiques de l'individu malade, des instruments d'investigation et de mensuration physique et chimique. Il n'en est pas pour la notation de ses réactions psychologiques que seule une éducation psychiatrique permet d'identifier. Ces dernières existent pourtant toujours et leur méconnaissance est non seulement la cause d'erreurs de diagnostic et de pronostic préjudiciables à la santé du malade, mais encore quelquefois de drames dont est victime le médecin.

Tous les désordres périphériques ou somatiques ont en effet un retentissement cérébral, l'écorce étant, selon l'expression de Dupré, le véritable lieu géométrique de réception, de fusion et d'émission de l'économie et apparaissant comme la représentation résumée fidèle et complexe de l'organisme tout entier.

Les syndromes asthéniques (neurasthénie, psychasténie, obsessions, phobies), sensitifs (cœnesthopathie, névralgisme, physiopathie), émotifs (angoisses, hypocondrie), le problème de la sincérité (simulation, pithiatisme, mythomanie, crédulité, hystérie), sont esquissés par l'auteur comme autant de jalons des confins somatopsychiques de la maladie.

Cette leçon, alerte et pondérée, exempte de pompe mais riche de jugements, pimentée d'un brin de scepticisme et nourrie de sagesse, recommande à l'élève de ne pas s'éterniser dans l'admiration d'un seul maître, d'aller travailler ailleurs, dans d'autres facultés que la sienne, dans d'autres pays que le sien et même auprès de savants autres que ceux revêtus de l'estampille officielle.

Lire ce discours, c'est comprendre que l'ignorance et la paresse ne peuvent plus s'abriter derrière le fameux truisme : il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. Le mystère du comportement de l'individu malade cédera au fur et à mesure des efforts de tout médecin doué d'autant d'esprit de finesse que d'esprit de géométrie.

Puissent les étudiants d'Alger recevoir en héritage de leur nouveau professeur ce double don spirituel qui, au travail le plus sérieux, donne les attraits du plaisir.

Paul COURBON.

Les états d'angoisse nerveux et leur traitement, par le Dr W. STEKEL (de Vienne), traduction française du Dr L. Hahn. Un vol. de 703 p., Payot, éditeur.

Voici un livre très intéressant et très riche de faits relatifs à l'étude des névroses, en particulier de la névrose anxieuse. « Ce livre, né de la pratique a été écrit pour la pratique », écrit son auteur. En effet, un des grands mérites de ce travail est d'être accompagné d'un très grand nombre d'observations personnelles minutieusement analysées, et constituant une importante expérience clinique.

Toutefois l'auteur, au cours de cette longue pratique, ne s'est pas peut-être vraiment dégagé de conceptions systématiques préalablement établies, et qui semblent vouloir modeler les faits cliniques, plutôt que de se modeler sur l'expérience. Elève de Freud, le Dr W. Stekel possède une grande expérience de la psychanalyse. Il s'élève cependant contre le dogmatisme systématique de Freud, principalement en ce qui concerne le rôle exclusif du facteur sexuel dans la pathogénie des névroses. Stekel n'admet pas la conception de Freud suivant laquelle la névrose d'angoisse est toujours la conséquence d'une insatisfaction sexuelle, et principalement d'un accomplissement insuffisant ou incomplet de l'acte génital (coït interrompu).

Mais le Dr Stekel reste cependant fortement imprégné des conceptions freudiennes en ce qui concerne la conception *psychogénique exclusive* des névroses. Pour lui, la névrose d'angoisse, les phobies, les obsessions, etc., sont toujours dues au développement d'un conflit psychique dont elles sont l'expression symbolique. L'auteur applique cette conception à l'étude de ce qu'il appelle la « parapathe anxieuse » dont il fait l'étude psychogénique dans ses manifestations cardiaques, respiratoires, digestives, insomniaques. La même conception s'applique à l'explication des vomissements de la grossesse, du bégaiement, des tics, des phobies, et même des syncopes, et de certaines formes d'épilepsie ! Dans tous ces cas l'auteur relève par son analyse psychologique divers conflits affectifs, et sans hésitation attribue à ces conflits affectifs un rôle étiologique exclusif.

En un mot, cette conception n'est que le développement des doctrines de l'hystérie, d'où le nom même « d'hystérie anxieuse » émis par Freud et repris par l'auteur. Mais tandis que l'hystérie était restée, dans les études des auteurs français et de Babinski, limitée à un ordre de faits très nettement précisés au point de vue clinique, et en somme fort rares, elle est

étendue avec les auteurs viennois à toutes les névroses sans distinction, et même à certaines affections nettement organiques comme l'épilepsie. C'est pourquoi on a l'impression, après la lecture de ce livre, par ailleurs si remarquable, qu'on est en présence d'un système préétabli, et ne cadrant pas avec toute une partie des faits cliniques. L'auteur lui-même semble d'ailleurs entrevoir le point faible de son système en ce qui concerne les données somatiques et organiques : son expérience clinique lui a montré en effet l'existence des mêmes manifestations anxieuses au cours de maladies organiques, comme de la maladie de Basedow, de l'épilepsie, de la paralysie générale. Ces faits paraissent fort gênants à l'auteur, et ces facteurs organiques lui semblent en quelque sorte de trop dans des symptômes qui lui paraissent s'expliquer si bien par la psychogenèse. Il faudrait, pense-t-il, trouver un compromis pour comprendre le rôle respectif des facteurs psychiques et somatiques, mais ce compromis il ne le trouve pas et ne peut pas le trouver avec son système unilatéral.

C'est peut-être là d'ailleurs le principal intérêt du livre de Stekel, celui de montrer l'insuffisance des théories psychogéniques exclusives dans l'étude étiologique des névroses. Qu'il existe des conflits psychiques lorsqu'on analyse ces malades, cela est souvent évident. Mais ces conflits psychiques sont-ils toujours la cause, ou seulement dans bien des cas la conséquence d'une difficulté de synthèse, d'une unité psychique insuffisante liée elle-même à une certaine faiblesse congénitale ou acquise du système nerveux ? Tout le problème est là, et les données récentes qui ont montré tant de syndromes névropathiques réalisés par l'encéphalite léthargique, les tumeurs cérébrales, etc., orienteront de plus en plus les recherches dans ce dernier sens. On revient ainsi aux idées de Janet, qui ont eu le mérite de mettre en évidence des mécanismes psychologiques importants, mais qui ne suffisent pas à eux-mêmes et laissent la porte ouverte à l'étude des facteurs étiologiques organiques qui les complètent. Ces quelques réflexions n'ont pas pour but de rabaisser l'intérêt des études psychanalytiques d'un ouvrage comme celui de Stekel, mais de les limiter à leur véritable terrain : l'étude du contenu de la névrose ou de la psychose, et non de ses causes (1). L'étude de la pathogénie et de l'étiologie ne fera vraiment un pas en avant que lorsqu'on aura trouvé le compromis dont parle l'auteur qui permettra de comprendre d'une façon satisfaisante l'intrication des facteurs somatiques, physiologiques et des facteurs psychologiques qui peuvent être la conséquence et non toujours la cause des premiers.

H. BARUK.

Le réflexe oculo-cardiaque dans la démence précoce, par M. COUETTE.
(1 brochure, 66 pages, Duriez-Bataille à Lille édit., *Thèse Nancy*, 1931).

Chez la plupart des sujets atteints de maladies mentales, on observe des troubles du système organo-végétatif et des variations du tonus vago-sympathique beaucoup plus intenses que chez les sujets normaux.

A la suite des recherches de D. Santenaise sur le fonctionnement du système neuro-végétatif dans la plupart des psychoses, l'auteur a étudié les variations spontanées et artificielles du réflexe oculo-cardiaque chez un certain nombre de démences précoces. Dans 60 cas sur 70, soit 85 fois sur

(1) Tout au moins de ses causes efficientes, car cette étude du contenu peut avoir parfois un certain intérêt dans l'exploration des causes occasionnelles, mais seulement occasionnelles.

100, il a noté dans la démence précoce des jeunes gens, un syndrome neuro-végétatif fixe, traduit par l'absence du réflexe oculo-cardiaque. L'injection d'ésérine, de pilocarpine, d'adrénaline ne provoque aucune réaction : le réflexe est irréductiblement nul.

L'auteur a retrouvé l'exception signalée par D. Santenoise, dans la forme catatonique au sens primitif, c'est-à-dire forme cyclique avec rémissions, excitation ou agitation anxieuse. L'auteur cite le cas où un réflexe oculo-cardiaque nul a fait réserver le pronostic d'un simple état dépressif en apparence bénin et deux observations de malades chez qui la persistance du réflexe oculo-cardiaque a permis d'éliminer la démence précoce malgré les apparences du syndrome clinique.

M. Couette émet ensuite une hypothèse séduisante quant à la pathogénie de cette maladie : la lésion primitive intéresserait les centres (noyaux) du pneumogastrique. Secondairement, la glande thyroïde privée de son excitant normal cesserait de sécréter l'hormone, isolée récemment par D. Santenoise, qui possède une action nette sur la chronaxie cérébrale. C'est évidemment ce produit qu'il faudrait essayer chez les déments précoces, de préférence aux extraits thyroïdiens ou même à la thyroxine, avec laquelle Legrand, dans ses essais, a obtenu une seule amélioration permettant la sortie, dans un cas où le diagnostic de démence précoce paraissait certain.

Maurice BEAUDOUIN.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Psycho-pathologie du suicide, par Achille DELMAS. *La Médecine*, février 1931.

L'auteur délimite la notion du suicide en la restreignant à la volonté de mourir et à l'essai de réalisation lucide « en dehors de toute obligation éthique ». L'acte démentiel est ainsi éliminé, de même que la mort altruiste ou par contrainte. Il reste donc à l'actif du suicide un mode de réaction vis-à-vis de l'anxiété aiguë chez des individus à cénesthésie malade, soit d'une manière paroxystique, soit constitutionnellement. Achille Delmas n'hésite pas à prendre position devant ce délicat problème et, réfutant l'argument du suicide philosophique dont la réalité historique lui semble plus que discutable, il conclut : « Tout sujet qui n'est ni cyclothymique, ni hyper-émotif, ne se suicidera pas, quelles que soient les circonstances. »

P. CARRETTE.

Organ-jargon, par F. G. CROOKSHANK. *The british journal of medical psychology*, 1930, vol. X, Part. IV, p. 295

Les réactions organiques (du cœur et des viscères) ne traduisent-elles pas des désordres centraux plus souvent qu'elles ne les causent ? Envie et pâleurs ; rage, humiliation et migraines, névralgies faciales ; dépression et tuberculose ; désappointements et épilepsie, etc., etc.

Th. SIMON.

L'hypophrénie, symptôme de paralysie juvénile, par HOWARD W. POTTER.
The Psychiatric Quarterly, janvier 1931.

Bien que la réaction de Wassermann soit très fréquemment négative chez les hérédosyphilitiques, on peut voir, au cours de leur enfance, se développer des signes de syphilis nerveuse. Les réactions sérologiques se modifient. Parfois, ces troubles s'accompagnent de retard mental. Il est vraisemblable que le système nerveux, touché dans son développement, est alors atteint dans ses parties nobles. Les syndromes constatés évoluent comme une démence simple ou sont rangés dans le cadre de l'imbécillité ; il s'agirait de paralysies générales infantiles méconnues.

P. C.

Principes socio-individuels et psycho-pathologie, par HANS C. SYZ. *The british journal of medical psychology*, 1930, vol. X, Part. IV, p. 329.

Manque de souplesse dans l'adaptation du psychopathe à l'entourage.

Th. S.

Excitation maniaque chez un enfant épileptique et pervers, par R. ARDITI ROCHA et R. B. SILVA. *Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal*, Buenos Aires, novembre-décembre 1930.

Chez un enfant de 7 ans, les auteurs ont noté l'association morbide suivante : épilepsie essentielle, précocité sexuelle, périodes de manie avec perversions instinctives. Les accès d'agitation ne ressemblent pas aux équivalents épileptiques ; ils durent quelques mois et présentent les signes classiques de la manie franche. L'origine de ces manifestations doit être cherchée dans les anomalies du développement : la mère a fait une tentative d'avortement au début de la grossesse ; puis elle a subi l'appendicectomie et une hémorragie grave à la suite de rupture de varices ; enfin, l'accouchement particulièrement laborieux a duré 20 heures.

P. C.

La constitution psychobiologique des arriérés, par E. B. STRAUSS. *The Journal of Mental Science*, octobre 1930.

Les observations de l'auteur portent sur 110 sujets pubères d'apparence physique voisine de la normale ; ce qui exclut les épileptiques, les hérédosyphilitiques, les crétins, les hydrocéphales. Le bilan est effectué suivant les indications de Kretschmer et porte sur la force corporelle, le degré d'intelligence, l'hérédité, le caractère. Tous les oligophrènes examinés ont montré des aptitudes physiques anormales, souvent inférieures à la moyenne, surtout du point de vue de l'activité génitale. Le tempérament est le plus souvent du genre cyclothymique, proche du type infantile, spontané et instable.

P. C.

Les débiles, d'esprit deviennent-ils plus nombreux dans la Société moderne ? par le Dr LOUIS VERVAECK. (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Bruxelles, Tome X, n° 6, juin 1930).

C'est là un intéressant et bien inquiétant problème au point de vue social que posent de récentes investigations médico-pédagogiques et criminologiques en divers pays ; il semble s'en dégager une tendance nette à l'accroissement progressif du pourcentage des anormaux et des débiles de l'intel-

ligence. Certes, on peut invoquer comme explication que le dépistage des déficients mentaux, notamment dans les écoles et les prisons, se fait aujourd'hui d'une manière plus méthodique et plus précise ; peut-être aussi est-on devenu moins sévère dans le taux de l'évaluation de la débilité d'esprit. Quoi qu'il en soit, il résulte de statistiques récentes, dressées par les médecins inspecteurs des écoles de Grande-Bretagne, qu'au moins le sixième des élèves est si déficient ou si altéré, au point de vue physique ou intellectuel, qu'ils ne sont pas susceptibles de bénéficier de l'enseignement scolaire ordinaire ; ils concluent à l'urgence de la création de nombreuses écoles spéciales pour défectueux et dégénérés mentaux.

A titre de comparaison, il est intéressant de noter qu'en 1906 une enquête organisée par une Commission de spécialistes a relevé que la proportion de déficients mentaux était de 4,6 pour mille habitants, soit 150.000, pour l'Angleterre et le Pays de Galles. Un recensement analogue, fait en 1926, a donné un pourcentage de 8 0/00, soit près du double, au total 314.000 débiles mentaux. Ajoutons que l'examen médico-mental de 8.500.000 Anglais en âge de milice, a prouvé en 1918 qu'un seul sujet sur trois était bien portant et apte, au point de vue physique et intellectuel, au service militaire.

De telles indications rendent indispensable l'organisation d'une bonne prophylaxie sociale des facteurs de la dégénérescence, et en première ligne l'alcoolisme et la syphilis.

LAUZIER.

Les Aphasies, par Henri ROGER. *Marseille Médical*, 25 octobre 1930.

Etude de sémilogie très complète. Après un résumé des conceptions successives de l'aphasie, on trouve un exposé du développement du langage, puis des formes théoriques pures de ses altérations. L'étude des syndromes anatomo-cliniques est suivie de notes sur la manière d'examiner un aphasique. Enfin, l'auteur dit quelques mots de la rééducation.

P. C.

Paralysie générale juvénile et sclérose combinée de la moelle, par les Drs LARUELLE et HEERNU. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 2, Bruxelles, février 1931.

Les troubles mentaux ont apparu à l'âge de 14 ans, et les auteurs admettent l'origine congénitale de la syphilis.

G. D.

Etudes encéphalographiques dans la paralysie générale, par Fr. G. EBAUGH, Henry DIXON, Hugh E. KIENE et Kenneth D. ALLEN. *The American Journal of Psychiatry*, mars 1931.

Les réactions de shock si fréquemment observées à l'occasion de l'injection d'air dans les cavités cérébrales ont éloigné les auteurs de ce procédé d'exploration. Comme à l'occasion de la ponction lombaire il faut savoir que les incidents sont d'autant moins à redouter que le cerveau est plus lésé. Certains paralytiques avancés n'ont pas présenté de céphalée, de tendances syncopales, de chute de pression. Les clichés photographiques sont assez précis ; ils permettent d'apprécier l'élargissement des ventricules, les réactions rétro-bulbaires, le degré d'inflammation méningée, l'atrophie corticale et les progrès anatomiques résultant du traitement. Cette méthode a fourni aux auteurs, dans 70 observations, un complément utile aux recherches cliniques et humérales.

P. C.

Le Trautisme cérébral et ses relations avec la déficience mentale, par N. W. WINKELMAN. *The American Journal of Psychiatry*, janvier 1931.

L'atrophie et les phénomènes convulsifs seraient le résultat d'un véritable étouffement du tissu nerveux par le liquide céphalo-rachidien et le sang, d'où l'intérêt des évacuations larges et précoces. Il est intéressant de noter que les recherches de Winkelman l'ont amené à cette opinion qu'aux granulations de Pacchioni était dévolue une fonction capitale dans le drainage du liquide céphalo-rachidien ; fonction compromise par les épanchements sanguins sous-arachnoïdiens.

P. C.

Sur la mélancolie présénile, par J. ALZINA-MELIS. *Ars Medica*, année VI, n° 59, juin 1930.

La mélancolie est de plus en plus fréquente à partir du jeune âge. Mais l'augmentation est surtout marquée à partir de la quarantaine. On l'observe surtout dans le sexe féminin. Dans la période involutive de la vie, on trouve toutes les formes de mélancolie. Le narcotal a donné à l'auteur de bons résultats.

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

Un cas de démence à la ménopause, par le Dr Henri HOVEN (Mons). *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 2, Bruxelles, février 1931.

Démence catatonique typique, n'ayant de particulier que son début tardif, à 45 ans.

En réalité, l'étude des antécédents a montré que des troubles mentaux existaient depuis longtemps et que la ménopause n'a été qu'une cause occasionnelle. M. Hoven pense qu'il en est de même dans la plupart des cas de démence retardée.

A côté de ces cas, on observe, plus fréquemment, à la ménopause, une psychose délirante présénile, avec délire polymorphe, interprétatif et hallucinatoire sans extension, tendances sexuelles, troubles de l'humeur.

En outre, M. HOVEN a observé sept cas (dont deux ont guéri) de délire hallucinatoire avec symptômes catatoniques et conservation de l'affectivité. Il conclut que la classification des psychoses de la ménopause est loin d'être élucidée.

G. DEMAY.

Les troubles mentaux dans les maladies du cœur, par Alexander G. GIBSON. *The Journal of Mental Science*, octobre 1930.

Il est fréquent de noter de petites manifestations psychopathiques chez les cardiaques, surtout chez les mitraux et les malades atteints de troubles ischémiques. Certains auteurs ont été jusqu'à décrire une psychose cardiaque ; d'autres parlent de « délire cyanotique ». De nombreuses recherches incitent Gibson à refuser à ces syndromes toute individualité clinique. Les troubles mentaux chez les cardiaques n'expriment que la réaction particulière d'un prédisposé vis-à-vis des modifications circulatoires pathologiques.

P. C.

Foyers septiques dans les troubles mentaux : le diagnostic par la recherche de l'agent pathogène, par Arthur POOL. *The Journal of Mental Science*, janvier 1931.

Les foyers d'infections chroniques sont fréquents chez les aliénés. L'auteur a pu en faire la preuve, soit par des examens directs, soit par la culture du sang. Le nombre des lésions dentaires et rhino-pharyngées l'emporte de loin en fréquence. Parfois il s'agissait d'entéro-colite ou d'affections du tractus urinaire. Les malades mentaux sont souvent intoxiqués et leurs réactions défensives sont devenues insuffisantes ; leur organisme manque d'anticorps.

Il n'est pas démontré que ces manifestations soient la cause des troubles psychiques, mais il est certain qu'elles compliquent le pronostic et probable qu'elles précipitent l'évolution fatale de maladies comme la paralysie générale.

P. C.

Action pharmacologique et toxicologique de l'alcool, par G. MODRAKOWSKI. *Rocznik Psychjatryczny*, n° XVI, Varsovie, 1931.

L'action toxique de l'alcool est en rapport étroit avec son pourcentage dans le sang. La narcose s'établit vers 0,22 0/0 pour s'intensifier et déterminer la mort à 0,5 ou 0,6 0/0. Son utilisation normale le transforme en eau et en gaz carbonique ; il subit une combustion complète et fournit 7,1 calories pour un gramme. La petite quantité qui échapperait à cette décomposition s'élimine par le rein et le poumon. Sa solubilité dans les lipoides lui permet d'être absorbé partiellement, — 20 0/0, — au niveau de la muqueuse gastrique, et de se fixer dans les cellules du tissu nerveux.

En solution faible ou au début de son action, il est un excitant des fonctions de certains tissus : mobilité des spermatozoïdes, des cellules vibratiles ; il accélère les échanges respiratoires et l'activité vaso-motrice tout en provoquant une sidération précoce de la corticalité cérébrale. Le travail d'un individu peut ainsi être augmenté par stimulation des activités inférieures et perte relative de la sensibilité (douleurs, fatigues), mais ce travail sera de qualité moindre par insuffisance de contrôle cérébral.

L'alcool est-il un aliment utile ? — Un sujet dont l'assimilation est normale peut brûler 7 à 10 grammes d'alcool par heure. Il faudrait donc ne pas dépasser cette dose. Dans la journée, en comptant une moyenne de 16 heures de veille, on pourrait fournir au maximum 160 cm³ d'alcool, soit la moitié des calories nécessaires à un individu. Le buveur d'habitude oxyde plus rapidement les doses ingérées ; il y aurait ainsi un certain degré d'accoutumance.

P. CARRETTE.

Deux cas d'intoxication par le Sulfonal, par le Dr Henri HOVEN (Mons). *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 2, Bruxelles, février, 1931.

Chez deux malades, atteintes de confusion mentale, l'ingestion d'un gramme de Sulfonal a provoqué un exanthème généralisé avec température élevée. M. Hoven rappelle à ce propos les dangers des hypnotiques de la série barbiturique, même employés à doses faibles ou moyennes. Il renouvelle un vœu, déjà émis en 1928, concernant l'interdiction de la vente des hypnotiques sans prescription médicale.

Après intervention de MM. Vervaeck, Sano et A. Ley, ce vœu a été adopté par la Société de Médecine Mentale de Belgique, dans sa séance du 25 octobre 1930.

G. DEMAY.

Troubles mentaux dans l'intoxication par le vinaigre, par Aristide BARRANCOS. *Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal*. Buenos Aires, novembre-décembre 1930.

Pour satisfaire aux exigences de la mode, une jeune fille de 21 ans s'impose un traitement sévère de l'obésité très relative dont elle est atteinte. Elle perd rapidement 10 kilos, grâce à l'ingestion quotidienne de 600 à 700 grammes de vinaigre pur. Son état général s'altère, et bientôt éclatent des troubles mentaux polymorphes : confusion agitée avec agressivité, crises névropathiques, impulsions, idées de persécution. Cet état guérit complètement en quelques mois.

Les signes de l'intoxication par l'acide acétique, bien connus en médecine légale, diffèrent sensiblement de ceux que décrit l'auteur. C'est qu'il s'agit dans la pratique de manifestations aiguës secondaires aux lésions du tube digestif, provoquées par l'ingestion du toxique : brûlures, angoisses, hématuries, convulsions. Dans l'observation de Barrancos, on est en présence d'une forme rare, plus lente ; le tableau clinique serait l'expression d'un état de déséquilibre acido-basique.

P. C.

Au sujet d'une enquête sur les opiomanes dans l'U. R. S. S., par A. ROUBAKINE. *Bulletin d'Information de l'Association de défense internationale contre les Stupéfiants*, décembre 1930.

Les opiomanes sont rares, sauf dans les zones frontalières de la Chine et du Japon. Il existe une région productrice en Asie centrale, c'est la république d'Ouzbekistan avec le gros centre de Tachkent, presque unique dispensateur de l'opium soviétique. La clinique neuro-psychiatrique de Tachkent a entrepris 162 cures en 1 an 1/2. On consomme surtout la macération de têtes de pavot vertes, le « thériac » et les préparations à fumer. Les injections sous-cutanées représentent la forme la plus sordide d'intoxication, car les solutions sont faites avec le résidu des pipes émulsionné ; cette préparation est très riche en morphine et détermine des abcès. La plupart des cas proviennent de la contagion mentale.

P. C.

NEUROLOGIE

Anatomie clinique et radiologique du troisième ventricule, par Manuel BALADO. *La Semana Médica*, Buenos-Aires, 12 février 1931.

Les méthodes d'exploration mises en œuvre depuis quelques années rendent possible l'étude des cavités cérébrales sur le vivant. La technique des injections intraventriculaires est exposée dans cet article d'une manière très nette et facile à imaginer grâce aux figures radiographiques, aux dessins des différents temps opératoires, aux schémas des déformations pathologiques et des images normales observées avec l'interprétation clinique qui s'y rapporte. L'expérience de l'auteur est considérable ; on trouve dans les illustrations des cas de modification du recessus optique dans

l'œdème papillaire, de déviations par tumeur du lobe temporal, hématome subdural, abcès du lobe frontal ou tumeur de la lame criblée de l'ethmoïde. D'autres observations portent sur des tumeurs frontales et de l'hypophyse, des formations néoplasiques et inflammatoires de la fosse cérébrale postérieure, sur des cas d'occlusion de l'aqueduc de Sylvius. P. CARRETTE.

Les hémiplegies par spoliation sanguine abondante, par Henri ROGER et Albert CRÉMIEUX. *Marseille Médical*, 25 octobre 1930.

Les auteurs rapportent 3 observations nouvelles et une revue générale des cas publiés récemment. Il s'agit de sujets, ayant passé la cinquantaine, dont le cerveau est déjà touché ou la circulation cérébrale déficiente, et qui présentent, à la suite d'une soustraction brusque du sang, des signes paralytiques, parfois accompagnés d'obnubilation. L'autopsie ne révèle aucune lésion localisée, mais souvent une anémie diffuse du cerveau.

Pour expliquer un tel phénomène, il faut invoquer la chute brusque de tension, la diminution de qualité du sang, l'augmentation de la viscosité sanguine pour les hémorragies qui accompagnent certains états infectieux. Enfin le facteur spasmodique a été très discuté. Certains prétendent qu'il ne joue aucun rôle, les sylviennes n'ayant pas de fibres sympathiques ; mais la clinique semble démentir cette notion théorique, car on a pu constater, au cours d'interventions cérébrales, l'anémie brusque d'une région par rétrécissement artériel.

Roger et Crémieux rappellent les dangers de la saignée chez les athéromateux qui n'ont pas une tension très élevée. Ils citent les heureux résultats thérapeutiques de la transfusion, du sérum antihémorragique, des extraits hépatiques. Pour combattre le spasme, ils ont utilisé une fois l'acétylcholine avec succès. P. C.

Revision des paralysies des mouvements associés des globes oculaires (Contribution à l'étude de la dissociation des activités volontaire et réflexe), par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. *Revue Neurologique*, février 1931, p. 125.

Dans ce très important mémoire, très riche en faits personnels et en documentation clinique et anatomo-clinique, les auteurs analysent les différents types de paralysies des mouvements associés des globes oculaires, principalement dans le sens vertical (syndrome de Parinaud). Ils distinguent à ce sujet deux types de paralysie :

1° les paralysies des mouvements volontaires avec conservation de l'activité réflexe des globes oculaires ;

2° les paralysies complètes supprimant à la fois les mouvements volontaires et les mouvements réflexes.

Les premières ont pour substratum des lésions détruisant les centres psychomoteurs du regard ou les voies motrices qui en partent (centres pré-rolandiques pour les paralysies de latéralité, pour les paralysies verticales il s'agit presque toujours de pseudobulbaires). Les secondes supprimant à la fois les mouvements volontaires et réflexes ne relèvent que de lésions proches des noyaux moteurs oculaires, où convergent les voies oculomotrices : la paralysie des mouvements verticaux est due, en pareil cas, à des lésions de la région juxta-quadrigéminal, de la commissure blanche postérieure ; celle des mouvements de latéralité à des lésions de la calotte protubérantielle.

Les auteurs insistent sur l'intérêt des dissociations entre les activités motrices volontaires et réflexes.

H. BARUK.

Le ptosis sympathique : ptosis accentué et syndrome de Claude Bernard-Horner au cours d'un goître en voie de Basedowification, par Henri ROGER, Jean SEDAN et Georges PITOT. *Marseille Médical*, 5 novembre 1930.

La tumeur provoque la compression du sympathique qui paraît être en cause dans le ptosis constaté indépendamment de toute lésion du moteur oculaire commun. Bourguignon explique ce phénomène par des perturbations des chronaxies musculaires. On peut invoquer ici plus justement la notion de l'innervation double des muscles striés, l'une cérébro-spinale assurant la contractilité, l'autre sympathique, purement tonique.

P. C.

La chorée et la réflectivité pathologique de l'écorce cérébrale : à propos d'un cas d'hémichorée post-hémiplégique, par ANDRÉ-THOMAS. *La Presse Médicale*, mars 1931.

Les mouvements spontanés ont fait leur apparition dans les membres du côté paralysé six semaines après l'hémiplégie, alors que la motilité était restaurée. Cette agitation motrice semble volontaire, mais ne correspond à aucun acte cohérent ni utile ; elle rappelle les mouvements de certains sujets émotifs et se déroule en une série de gestes presque immuable. Dans quel groupe ranger ces mouvements, si ce n'est dans celui de la chorée ? L'impulsion ne peut venir que de la corticalité cérébrale.

Les lésions constatées dans le néo-striatum ont incité les auteurs modernes à y rattacher le syndrome choréique. André Thomas voit dans les résultats contradictoires des examens anatomiques une preuve que la chorée n'a pas un substratum fixe, mais il croit à un mécanisme constant. Que la lésion siège au noyau rouge, à l'hypothalamus ou dans la région lenticulo-striée, pourquoi ne pas admettre une répercussion sur l'écorce qui pourrait, dans ces conditions anormales, acquérir une excitabilité plus intense ? Le rôle des phénomènes émotifs dans la provocation et le renforcement des mouvements choréiques est un argument en faveur de cette thèse.

P. C.

Le problème étiologique de l'encéphalite épidémique, par Juan CUATRECASAS. *Revista Médica de Barcelona*, mars 1931.

La notion de contagion est établie par des exemples de transmission du malade à un individu sain, de la mère au fœtus, dans des communautés nettement circonscrites. Les porteurs de germes sains sont nombreux en période épidémique. L'incubation varie de 7 ou 8 jours à 2 ou 3 semaines. La porte d'entrée est dans les voies respiratoires supérieures. L'évolution semble se faire par réinfections successives avec possibilité de longues étapes de latence. Le problème de l'immunisation est toujours en suspens.

Les recherches de Levaditi et Harvier sur la virulence de la salive, la conservation, la dilution, les réactions chimiques des solutions actives permettent de penser que l'agent pathogène est un virus filtrant. Les analogies avec le processus de la poliomyélite et de l'herpès fournissent une indication précieuse sur l'étiologie de ces infections. La théorie du neurotropisme est une hypothèse de travail qui trouvera dans l'avenir d'intéressantes applications.

P. CARRETTE.

La méningococcie à forme pseudo-palustre, par Henri ROGER et Yves-POURSINES. *Marseille Médical*, 25 octobre 1930.

On a cru longtemps que le méningocoque ne pouvait donner qu'une affection locale. L'hémoculture a cependant établi qu'il était parfois l'agent de troubles variés où la méningite jouait un rôle effacé ou nul. Parmi ces septicémies d'allures cliniques différentes, une forme apparaît remarquablement nette : c'est la méningococcie pseudo-palustre, que Roger et Poursines étudient à propos d'une observation d'état fébrile avec ostéalgies se prolongeant pendant plus d'un an.

Trois grands signes conduisent au diagnostic : les accès thermiques répétés et courts ; une éruption plus fréquemment du type papulo-nouveux surgissant au déclin de l'accès pour durer 2 jours environ ; des phénomènes douloureux mobiles et également transitoires, ayant leur siège d'élection dans le système ostéo-articulaire. Cette méningococcie est l'œuvre d'un virus atténué ; elle est d'un pronostic lointain favorable. Elle dure en général 1 mois ou 2, mais peut se prolonger pendant 1 an avec des rémissions. On utilise pour la combattre le sérum, le vaccin spécifique, les substances dérivées du jaune d'acridine ; le traitement favorise les rémissions. Il n'agit définitivement que dans les cas rares où le diagnostic par l'hémoculture a été très précoce et où on a jugulé le mal par des injections intraveineuses de hautes doses (80, 100 cm³) de sérum antiméningococcique.

P. C.

Sclérose combinée subaiguë, par L. A. SALMON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, février 1931.

Cette affection médullaire vient parfois compliquer l'anémie pernicieuse ; elle peut apparaître très précocement. On a rendu responsable de cette association l'hypochlorhydrie gastrique, la pullulation streptococcique intestinale, l'avitaminose, l'auto-intoxication. Les deux syndromes ne sont cependant pas indissolublement liés ; des cas de sclérose authentiques, vérifiés à l'autopsie, ont pu évoluer sans altérations sanguines et des anémies pernicieuses ont régressé ou progressé sans évolution parallèle de complications nerveuses. Quoi qu'il en soit, la localisation médullaire est, à l'origine, vasculaire ; les manchons myéliniques et les cylindraxes sont ensuite attaqués. Il s'agit donc surtout d'une dégénérescence des fibres nerveuses. La thérapeutique s'adresse au foie ; on a essayé également le sérum physiologique, la diathermie ; les résultats sont très variables, souvent peu probants.

P. C.

Paralysie ascendante aiguë, par Vicente DIMITRI. *La Semana Médica*, Buenos Aires, 5 février 1931.

Voici trois nouvelles observations qui ne font que confirmer les notions répandues ces dernières années sur la maladie de Landry. Des affections du système nerveux peuvent, dans certains cas rares, pour des motifs que nous ignorons, se terminer brutalement, en quelques jours, par une paralysie progressive et fatale. Les sujets étaient d'anciens alcooliques, des tabétiques, des diphtériques atteints de polynévrite. L'examen histologique montre, à côté de lésions de sclérose, de petits foyers hémorragiques nombreux, disséminés, et d'importantes altérations des cellules nerveuses.

P. C.

Le nystagmus rotatoire et la syringobulbie, par André THOMAS. *La Médecine*, février 1931.

Le nystagmus annonce souvent la participation bulbaire dans la syringomyélie ; il est horaire ou antihoraire suivant les localisations. Les lésions portent sur la branche vestibulaire de l'acoustique ou les fibres qui unissent son noyau à ceux du moteur oculaire commun et du pathétique.

P. C.

Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques, par Th. ALAJOUANINE. *La Médecine*, février 1931.

Leur recherche est un élément important au début de l'affection. Les parasthésies, les poussées douloureuses, l'astéréognosie ne sont pas rares. Leur caractéristique est dans leur groupement : association de fourmillement, d'engourdissement, de sensation électrique ou de plaque dure. Ils procèdent par crises en rapport avec l'évolution.

P. C.

Les réactions neuro-tissulo-vasculaires dans les périviscérites, par Louis ALQUIER. *La Médecine*, février 1931.

Ces troubles fonctionnels traduisent des modifications humorales et des réflexes anormaux du système neuro-végétatif. Les accumulations lymphatiques accompagnent l'hypotonie ; des spasmes, des réactions segmentées, improprement appelées cellulites, provoquent des algies, des perturbations sécrétoires. Tous ces troubles sont diffus, variables, sans systématisation et peuvent céder aux traitements régulateurs de la circulation.

P. C.

Affection du système nerveux consécutive à l'avulsion dentaire, par Wilbur BAILEY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, février 1931.

Certains n'y voient qu'une coïncidence. D'autres un résultat du trauma du trijumeau et du facial. N'est-il pas également vraisemblable que la virulence des microorganismes de la pyorrhée alvéolo-dentaire soit renforcée à l'occasion de la dissémination opératoire ?

P. C.

Contribution à l'étude de la pathogénie des céphalées rhinogènes, par José DUERTO. *Revista Médica de Barcelona*, janvier 1931.

Les affections nasales — et celles des régions anatomiques voisines en communication avec elles — engendrent des céphalées dont l'étiologie n'est pas toujours aisément découverte, notamment dans la sinusite frontale avec obstruction. On attribue aux troubles circulatoires méningés un rôle capital dans les céphalalgies ; ces troubles auraient souvent une origine réflexe, et leur point de départ serait dans les filets sympathiques des rameaux nasaux du trijumeau.

P. C.

Deux cas de tumeur frontale, par J. de BUSSCHER et A. DEWULF (Gand). *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 2, Bruxelles, février 1931.

Etude clinique et anatomo-pathologique. Le premier malade présentait des symptômes psychiques importants (confusion mentale, moria) et des signes de compression cérébrale générale. Il s'agissait d'une tumeur de nature bénigne.

gne (endothéliome), d'origine extra cérébrale, siégeant dans la région du lobe orbitaire gauche.

Dans le deuxième cas (jeune fille de 23 ans), les phénomènes de compression cérébrale contrastaient avec la pauvreté des symptômes de foyer, l'évolution fut très rapide, entraînant une altération de l'état général et surtout du psychisme. La mort survint par broncho-pneumonie. La tumeur siégeait dans l'épaisseur des lobes préfrontaux, avec prédominance à gauche. L'examen microscopique montra une forme spéciale et rare de gliome, un oligodendrogliome, selon la terminologie de Bailey et Cushing. G. D.

Sur un cas de tumeur cérébrale, par Per. FILHO, Austr. FILHO et Ary BORGES. *Movimento Medico*, Rio de Janeiro, septembre 1930.

C'est un cas à symptomatologie neuropsychiatrique discrète : une légère hypertonie, de la confusion mentale, quelques troubles cérébelleux, un liquide céphalo-rachidien xanthochromique. L'examen anatomique montre une tumeur sarcomateuse importante de la substance blanche pariéto-occipitale.

P. C.

La localisation des tumeurs cérébrales du point de vue neuro-chirurgical, par Th. de MARTEL. *La Médecine*, février 1931.

Le diagnostic topographique des tumeurs de l'encéphale est arrivé à un degré de précision remarquable grâce à l'examen clinique, à l'ophtalmoscope et à la radiographie. Dans 95 0/0 des cas opérés l'an dernier par l'auteur, il put vérifier exactement, dès la première exploration chirurgicale, le diagnostic posé.

P. C.

Tumeur de la région sellaire. Opération. Guérison. Considérations ophtalmologiques et anatomo-pathologiques, par MM. DE MARTEL, OBERLING et S. GUILLAUME. *Revue Neurol.*, février 1931, p. 178.

Malade de 39 ans, ayant présenté de la céphalée, une atrophie optique primitive bilatérale, avec séquelles d'hémianopsie bitemporale, selle turcique élargie, mais peu profonde. Malgré l'âge du malade, les auteurs pensent à l'existence d'un poche pharyngée et découvrent en effet, à l'intervention, un kyste crano-pharyngé. Après quelques jours de torpeur, amélioration remarquable, tant au point de vue général qu'oculaire.

H. BARUK.

Le syndrome de l'hyperostose frontale interne chez une malade présentant par ailleurs une cécité psychique par hémianopsie double, par L. VAN BOGAERT. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie* (Belgique). août 1930.

Une femme de 66 ans présente au complet le syndrome curieux de l'hyperostose frontale interne auquel se sont ajoutés des signes de lésions du cerveau postérieur. Les troubles d'ordre neurologique consistent dans une altération des voies optiques à leurs deux extrémités. L'hyperostose a atteint le trou orbitaire et conditionné l'atrophie ; le ramollissement occipital a réalisé l'hémianopsie double.

Les troubles psychiques notés rappellent ceux de la sénilité. Ladame et Morel citent en outre, dans leurs observations évoquées par l'auteur, des

perturbations du sommeil, de la statique, de l'élimination urinaire. La malade de Van Bogaert a présenté une obésité rapide et transitoire. Les troubles osseux, ceux de la régulation des graisses, ceux qu'ont signalés Ladame et Morel forment un ensemble rappelant les syndromes nommés tour à tour, suivant les progrès de l'anatomie pathologique de cette région, hypophysaires, infundibulaires ou du plancher du troisième ventricule. On peut admettre, avec Morel, que les altérations de la selle turcique sont à la base de ces manifestations cliniques et que l'hyperostose frontale a gagné cette région de l'étage moyen de la base du crâne. La radiographie de ce cas semble pouvoir être invoquée à l'appui de cette conception.

P. C.

Vertiges, lipothymies, agoraphobie chez les hépato-biliaires, par Jacques DALSACE. *Le Progrès Médical*, 8 novembre 1930.

Ces troubles sont rarement rattachés à leur cause ; ils peuvent simuler l'angine de poitrine, provoquer des angoisses, des migraines. Le diagnostic étiologique s'affirme par la constatation de signes hépato-biliaires. Dans ce chapitre, Dalsace sépare nettement les symptômes qu'il décrit des troubles neuro-psychiques constatés chez les malades atteints de colite et qui présentent surtout des perturbations émotives, des spasmes et de l'asthénie.

P. C.

Syndrome amyostatique de nature indéterminée, par les Dr^s LARUELLE et HEERNU. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 2, Bruxelles, février 1931.

Jeune fille de 17 ans, présentant un polymorphisme de symptômes qui a fait porter des diagnostics divers, entre autres : hystérie, démence précoce, syndrome amyostatique postencéphalitique.

« Ce cas pose une fois de plus la question de l'organicisme de l'hystérie et les rapports de la catatonie avec la physiopathologie extra-pyramidale. »

G. D.

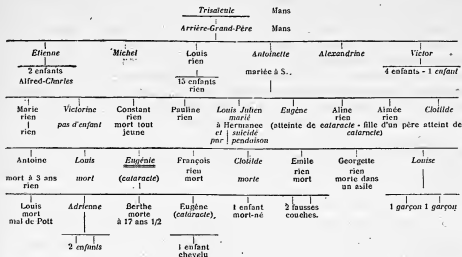
Alopécie congénitale familiale héréditaire avec cataracte précoce, par M. TRÉNEL et M. PRIEUR. *Revue Neurologique*, XXVII^e année, tome II, n° 5, novembre 1930, p. 561, 5 figures et février 1931, p. 232. **Monilethrix et cataracte précoce**, par M. PRIEUR et M. TRÉNEL. *Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris*, 20 décembre 1930.

La malade, âgée de 54 ans, étudiée dans une présentation préliminaire à la Société Neurologique, a été reconnue ultérieurement comme la survivante d'une famille étudiée jadis par Sabouraud, dans les *Annales de Dermatologie de 1892*. Il s'agit de la maladie familiale rare, et dont on ne connaît qu'un nombre limité de lignées, à laquelle Crocker a donné le nom de *Monilethrix* (*Disease of skin*, p. 600, 1891). L'enfant vient au monde avec des cheveux d'apparence normale qui, vers la 6^e ou la 8^e semaine, tombent et sont remplacés par quelques cheveux rares, grêles et moniliformes. Les sourcils, cils sont conservés. Mais il existe une ichtyose pilaire généralisée.

La malade était totalement alopécique ; il ne persistait chez elle que quelques cheveux atrophiques, très courts, d'aspect peladique, et les exemplaires moniliformes, rares, avaient échappé à un premier examen. On retrouvait des poils moniliformes aux aisselles et au pubis.

De plus, la malade était atteinte de cataracte précoce, familiale, héréditaire aussi, *mais provenant d'une autre lignée ancestrale, la lignée maternelle*. Elle avait été internée à la suite d'un accès de mélancolie avec stupeur, dont elle guérit.

En raison de la rareté de ces cas, nous reproduisons le tableau généalogique de cette famille, établi par M. Prieur d'après les indications de Sabouraud, dans 7 générations, remontant ainsi au delà de deux siècles.



Les noms en italique sont ceux des individus atteints du syndrome monilethrix.
Le nom de la malade, Eugénie, est souligné de deux traits.

La syphilis reste incertaine chez la malade, qu'elle fût acquise ou héréditaire. Sur 7 enfants, elle a eu un mort-né, 2 fausses-couches, 2 morts dans l'adolescence. Les réactions humérales sont négatives, sauf le Desmoulière H 5.

Les descendants des membres de cette famille qui ont échappé à l'hérédité morbide, resteraient (?) eux-mêmes indemnes.

L. R.

ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUE

Cliniques pour malades mentaux libres, par Georges M. ROBERTSON. *The Journal of Mental Science*, janvier 1931.

La communication du professeur Robertson a été faite à la réunion annuelle de la Royal Medico-Psychological Association, tenue à Oxford le 4 juillet 1930. Il est intéressant d'y noter le point de vue des médecins qui prennent part à la discussion, avant l'application du Mental Treatment Act.

Le service libre est étudié dans ses connexions avec les institutions médicales existantes. La conception peut être réalisée dans trois modes différents : comme clinique isolée, comme annexe d'un établissement psychiatrique fermé ou enfin comme une partie d'un hôpital général. Robertson, d'accord avec la majorité des psychiatres présents, donne la préférence à ce dernier type d'assistance pour des raisons tirées de son expérience de la psychologie actuelle des patients, des familles et des médecins. La clinique

libre isolée n'attire pas le psychopathe. Celle qui est en relation avec l'asile le met en méfiance. Celle qui est reliée à un hôpital général profite au contraire d'un recrutement facile et discret, surtout si elle fonctionne en harmonie avec un service de neurologie.

Hugh Crichton-Miller a réalisé le mode d'assistance le plus complet possible (Tavistock Square Clinic). Il s'est entouré de spécialistes avertis et peu à peu a réussi à éviter le gaspillage qui résulte souvent d'une psychothérapie mal comprise en imposant des limites aux temps d'examen et de traitement en rapport avec l'importance des cas et le nombre des patients. Il considère que l'entraînement des médecins traitants et l'éducation des confrères étrangers à la médecine mentale sont essentiels. Trop souvent on adresse au service libre les malades dont les autres spécialistes se sont lassés, sans savoir si la psychiatrie peut quelque chose pour eux. Les étudiants et les confrères doivent connaître l'opportunité des examens de laboratoire et, bien qu'il soit impossible de pratiquer la psychanalyse en public, il faut leur apprendre dans quels cas elle peut être tentée.

M. Brock, qui représente le Board of Control, exprime le désir de voir se développer largement le service social, tel qu'il est compris à Paris, à l'Hôpital Henri-Rousselle qu'il a visité et dont il se plaît à vanter l'organisation.

P. CARRETTE.

Le traitement des jeunes post-encéphalitiques à l'école-hôpital, par Earl D. BOND et Kenneth E. APPEL. *The American Journal of Psychiatry*, mars 1931.

L'essai de 48 enfants groupés dans l'école psychiatrique est concluant. Les progrès scolaires sont suffisants. Une discipline sans défaillance permet l'étude de la musique, la pratique de la gymnastique et des métiers manuels. Les réactions antisociales sont nombreuses au début, mais assez rapidement jugulées par l'attrait d'une journée très active, variée, où les heures de jeux, de sport, de conférences et d'études se suivent agréablement. Le changement d'activité se renouvelle toutes les heures, et même toutes les demi-heures pour certains travaux.

L'expérience montre que la difficulté n'est pas tant dans les troubles du caractère et l'indiscipline de l'enfant que dans la lutte contre son sentiment d'insécurité et de diminution mentale.

P. C.

Conduite du psychiatre envers les familles de ses malades, par Paul COURBON. *La Médecine*, février 1931.

Très pénétrante analyse des conflits que le médecin aliéniste doit savoir résoudre pour concilier l'intérêt du malade, celui de la famille et des amis, la défense sociale et le devoir professionnel.

P. C.

L'assistance familiale des aliénés dans l'Uruguay, par FRANCISCO S. GARMENDIA. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, janvier 1930.

La colonie « Dr Fernando-Etchepare » a été ouverte en mai 1929 ; elle est conçue sur le modèle des nombreuses colonies familiales d'Allemagne et des nôtres. Les familles qui gardent des aliénés à leur domicile reçoivent 15 pesos par mois (environ 500 francs). Le minimum des visites médicales mensuelles est fixé à deux. Le nombre des malades placés qui était de 15

en juin 1929 est monté à 388 en février 1930 ; il s'agit surtout de débiles, de déments précoces et de délirants chroniques. P. C.

Dix années de service de la section psychiatrique à l'hôpital de St-Jacques à Vilno (1919-1929), par le Dr JULIEN PODWINSKI (Vilno) (*Nowiny Psychiatryczne*, 1930. Rok VII, Kwartal III-IV, p. 268.)

En sa qualité de médecin en chef de la section psychiatrique à l'hôpital St-Jacques, l'auteur rapporte, dans un compte rendu, tout ce qui concerne le service de l'hôpital pendant les dix dernières années. Cet hôpital était l'unique asile pour aliénés de toute la région du nord de la Pologne. Il était constamment surpeuplé. Souvent, le nombre des malades était quatre fois plus grand que le nombre des lits disponibles, de sorte que l'hôpital devenait tout à la fois un asile pour les épileptiques et les idiots, une maison de surveillance et de traitement pour les toxicomanes, un lieu d'observation psychiatrique médico-légale et d'hospitalisation pour les aliénés criminels.

L'auteur décrit en détail le traitement des malades. Il a adopté les mêmes méthodes de traitement qu'il a observées à l'étranger. L. R.

Le milieu asilaire, par UN EX MALADE. *The british journal of medical psychology*, 1930, vol. X, Part. IV, p. 344.

Impression toute de frayeur. Reprise de conscience une nuit en entendant des cris d'agonie... La malade saute de son lit, on lui ferme la porte au nez, et c'est la première reprise de contact... Interprétations... Etonnement devant le temps écoulé, etc.

On lit toujours avec intérêt des récits de ce genre, tout en se demandant si le malade, dans son trouble, a perçu correctement les faits qu'il rapporte. Th. SIMON.

L'éducation du personnel psychiatrique, par Mrs E. C. SLAGLE. *The Psychiatric Quarterly*, janvier 1931.

Pour l'admission aux écoles spécialisées et la formation des « occupational therapists » on exige les conditions suivantes : instruction et éducation suffisantes (bonnes classes complétées par des cours para-médicaux) ; âge minimum : 21 ans ; accomplissement d'une période probatoire de 3 mois ; attestation préalable des tendances parfaitement sociables du caractère ; certificat de bonne santé. Des bourses sont allouées aux élèves pauvres. Le travail comprend des leçons de médecine mentale, de sciences physiques, de sociologie, de thérapeutique, ainsi que l'entraînement aux travaux manuels, jeux et sports qui devront être pratiqués par les psychopathes. P. C.

Des moyens propres à améliorer la situation financière des asiles d'aliénés, par Maurice DESRUELLES. *L'Aliéniste français*, décembre 1930.

L'équilibre du budget des asiles est pour beaucoup d'entre eux un problème rendu chaque année plus difficile par l'augmentation des prix de revient, l'incertitude de l'aide départementale, l'insuffisance des crédits, l'expédient des emprunts qui aboutit à l'élévation des prix de journée sans

amélioration comparable de la situation. Desruelles ne voit le salut que dans les subventions de l'Etat suivant des moyens qu'il est nécessaire de préciser au moment où les projets de législation prennent corps à propos de la révision de la loi de 1838.

Le pari mutuel, les jeux, les assurances sociales, les prêts à taux réduits constitueraient déjà un appoint qui n'est toutefois que précaire. Les efforts récents des parlementaires, stimulés par des aliénistes distingués, permettent d'espérer dans un avenir très proche une participation constante et légale de l'Etat dans la forme des autres lois d'assistance. Les rapports si documentés rédigés par Desruelles depuis 1927 auront largement contribué à l'éclosion de ces indispensables réformes.

P. C.

La chimiothérapie acridinique intra-rachidienne dans le traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, par J.-A. CHAVANY. *Biologie Médicale*, février 1931.

Les insuccès de la sérothérapie ont conduit certains auteurs à essayer le vaccin et les produits dérivés du jaune d'acridine, tels que la trypaflavine et la gonacrine. Si l'on craint une perturbation dans le transit du liquide céphalo-rachidien, il faut injecter le produit après ponction sous-occipitale. Chavany a employé la gonacrine avec succès, et, dans un cas, il l'a même utilisée seule. L'expérimentation lui a montré que le point délicat était dans la dilution de la solution ; les réactions chez l'animal sont parfois très violentes. La dose optima paraît être de 2 à 5 cm³ d'une solution à 0 gr. 20 pour mille.

P. C.

Polysan dans la thérapeutique des maladies mentales et nerveuses, par M. le prof. H. PROCHÁZKA et A. MAZACOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Revue neurologique tchèque*, 1930, n° 6.

D'après les expériences des auteurs, on peut considérer l'émulsion de Polysan (Emulsio Polysani steril. pro inject., sec. prof. Becka, contenant 1 0/0 de Mg/OH₂ colloïd.) comme une préparation de grande valeur thérapeutique, non seulement dans la médecine générale (résultats favorables dans les infections, amygdalites, pneumonies, néphrites, etc.), mais aussi en psychiatrie et en neurologie.

De bons succès ont été obtenus dans les états dépressifs, dans l'encéphalite léthargique chronique, dans les états dysménorrhéiques. Dans un grand nombre de maladies mentales, on peut obtenir, avec le Polysan, une euphorie remarquable.

En ce qui concerne la mélancolie, la schizophrénie et la confusion mentale, la thérapeutique stimulatrice avec le Polysan n'a pas donné de grands résultats. Dans l'hyperthyroïdisme, on a noté une exagération de l'intensité des symptômes morbides.

Les auteurs sont d'avis que c'est le système sympathique qui est influencé par le Polysan et étudient son mécanisme d'action biologique.

SEBEK.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 26 octobre 1931*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *jedi 12 novembre 1931*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement) dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 23 novembre 1931*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nominations.

M. le D^r Paul ABÉLY est nommé médecin-chef du Service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine).

M. le D^r PRINCE est nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin).

M. le D^r FREY est nommé médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin).

M. le D^r TEULIÉ est nommé médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de La Charité-sur-Loire (Nièvre).

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

un poste de médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;

un poste de médecin-chef à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine) ;

le poste de médecin-directeur de l'Asile public de Saint-Lizier (Ariège).

Comité de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'Aliénés.

Réuni le 22 juin 1931, le Comité de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'Aliénés a constitué ainsi son bureau :

Président : M. Jacques BARUK.

Vice-présidents : MM. Jacques HAMEL, et Georges VERNET.

Secrétaire : M. DEMAY.

Trésorier : M. LAUZIER.

Une Assemblée Générale extraordinaire de l'Association aura lieu le dimanche 25 octobre 1931, à 9 heures 30, à Paris, rue Danton, salle des Sociétés Savantes.

Asile public d'aliénés de Beauregard.

Dans sa dernière session, le Conseil général du Cher s'est prononcé contre une demande d'extension de l'asile d'aliénés de Beauregard, qui lui était présentée par la Commission administrative de cet établissement. Le Conseil général estime qu'il sera possible de placer dans l'asile d'infirmités et incurables du Lautier, en voie d'achèvement, un grand nombre de malades placés provisoirement à l'asile de Beauregard et de désencombrer ainsi cet établissement.

Quartier d'hospice de Nantes.

Dans sa séance du 7 mars 1931, le Conseil général de la Loire-Inférieure a adopté une convention tendant à hospitaliser dans l'enceinte de l'hospice général, les aliénés de la Loire-Inférieure actuellement disséminés.

La Commission des hospices s'est engagée à hospitaliser 1.300 malades mentaux de toutes catégories (dont 200 pensionnaires au maximum), le département se réservant, au cas où ce nombre serait insuffisant, de se mettre d'accord avec les hospices pour l'édification de constructions nouvelles.

Ces 1.300 lits sont à la disposition du département qui pourra, en cas de disponibilité, y placer des aliénés étrangers à la Loire-Inférieure.

Pour recevoir et traiter ces 1.300 malades, la Commission des hospices prévoit environ 5.800.000 francs d'aménagements et de constructions.

Les hospices pourront se procurer les fonds nécessaires par voie d'emprunt.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Par arrêté du 20 juin 1931, sont nommés membres du Conseil Supérieur de l'Assistance publique :

M. le D^r DEMAY, médecin-chef des Asiles de la Seine ;

M. le D^r PERRENS, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, médecin-chef à l'Asile de Château-Picon (Gironde) ;

M. TOURNAIRE, directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise.

CONCOURS POUR UN POSTE DE MÉDECIN NEUROLOGISTE

Un concours sur titres est ouvert à la préfecture de *Meurthe-et-Moselle*, pour la désignation d'un *médecin neurologue* à l'*Hospice départemental J.-B. Thierry*, à Maxéville.

Les candidats devront faire parvenir à la préfecture (2^e division) la copie certifiée conforme de leurs titres, établie en quatre exemplaires et toutes pièces qu'ils jugeront opportun de produire à l'appui de leur candidature.

Les candidats qui désireront obtenir des renseignements complémentaires devront s'adresser à la préfecture (2^e division).

79^e ASSEMBLÉE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

Berne, 29-30 août 1931.

PREMIÈRE SÉANCE

Samedi, le 29 août, à 10 h. 15, à la Salle des Congrès de l'« Hyspa »

Discours d'ouverture du D^r O.-L. FOREL, Président.

RAPPORTS

La psychologie et la clinique des Toxicomanies

1. Prof. D^r H. W. Maier (Zurich).
2. Priv.-Doc. D^r O.-L. Forel (Prangins près Nyon).

COMMUNICATIONS

1. Prof. D^r J. E. Staehelin (Bâle) : « La thérapeutique des toxicomanies ».
2. D^r E. Blum (Berne) : « Stupéfiants et toxicomanie ».
3. Priv.-Doc. D^r H. Steck (Lausanne) : « Le traitement du delirium tremens par l'Insuline ».
4. D^r F. Stiefel (Rosegg, Soleure) : « Le réflexe plantaire et sa valeur dans le diagnostic différentiel du delirium tremens ».
5. D^r E. Wenger (Kreuzlingen, Thurgovie) : « La toxicomanie ».
6. Discussion.

(Les communications qui n'auront pas pu être présentées, faute de temps, seront reportées au début de la séance de dimanche.)



12 h. 30 : Déjeuner à l'Hôtel Schweizerhof.

13 h. 30 : Départ en autocars de la place de la gare. *Visite du Pénitencier de Witzwil*, avec démonstrations des méthodes de travail et d'éducation (Directeur : M. Kellerhals). Retour dans l'après-midi.

Vers 18 heures : Séance administrative de la Société Suisse de Psychiatrie au « Bürgerhaus », Berne.

20 heures : Banquet au « Bürgerhaus ».

II^e SÉANCE

Dimanche, le 30 août, à 9 heures, à la Salle des Congrès de l'« Hyspa »

RAPPORTS

Les délinquants psychopathes

1. Priv.-Doc. D^r R. de Saussure (Genève).
2. Priv.-Doc. D^r W. Morgenthaler (Berne).

COMMUNICATIONS

1. Prof. Dr G. Aschaffenburg (Cologne) : « Les délinquants psychopathes et le rôle des experts ».
2. Prof. Dr K. Wilmanns (Heidelberg) : « Les psychoses chez les détenus ».
3. Dr C. Vermeylen (Bruxelles) : « La délinquance morbide chez l'enfant ».
4. Dr A. Repond (Malévoz, Suisse) : « L'importance d'un service médico-pédagogique pour la prophylaxie de la délinquance chez les jeunes psychopathes ».
5. Priv.-Doc. Dr M. Tramer (Rosegg, Suisse) : « Les psychopathes délinquants juvéniles ».
6. Discussion.



13 heures : Déjeuner en commun à l' « Hyspa ».

Après-midi : Visite des sections d'Hygiène Mentale et de Psychiatrie, etc., à l' « Hyspa ».



Le Comité National d'Hygiène Mentale organisera une séance le dimanche 30 août, à 17 heures, à la Salle des Congrès de l' « Hyspa » ; tous les membres de la Société Suisse de Psychiatrie ainsi que les participants au Congrès International de Neurologie sont cordialement invités.

Programme :

Dr A. Repond (Malévoz) : « Hygiène mentale et politique ».

Priv.-Doc. Dr W. Morgenthaler (Berne) : « L'Hygiène mentale et la presse ».

Priv.-Doc. Dr M. Tramer (Soleure) : « Hygiène mentale et éducation ».

Dr E. Blum (Berne) : « Hygiène Mentale et Assurances Sociales ».

Dr H. Bersot (Le Landeron, Neuchâtel) : « Projet d'unification des statistiques européennes des malades mentaux ».



Observations générales

MM. les orateurs disposent de 40 minutes pour les rapports,

» 20 » » communications,

» 5-10 » » la discussion.

Il est recommandé aux participants de retenir très tôt leurs chambres à l'hôtel ou, si possible, de loger chez des particuliers, vu la grande affluence dans les hôtels pendant la durée du Congrès.

Les participants au Congrès International de Neurologie sont cordialement invités à assister aux séances scientifiques de la Société Suisse de Psychiatrie.

Plusieurs cliniques universitaires de psychiatrie, plusieurs établissements cantonaux et privés organiseront des réceptions, éventuellement avec présentation de malades. Ces visites auront lieu immédiatement après le Congrès. Tous renseignements seront donnés pendant le Congrès ou sont fournis dès maintenant par les directions des Etablissements ainsi que par l'Agence Cook et Son à Lucerne.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



L'ANXIÉTÉ DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

PAR

R. DUPOUY et H. PICHARD

(suite et fin) (1)

II. Nous étudierons maintenant la motivation psychologique apparente des syndromes anxieux de la démence précoce. Leur contenu est extrêmement variable selon les sujets et varie même d'un instant à l'autre chez un même malade ; c'est la conséquence de la fragmentation de la personnalité, résultat de l'atteinte encéphalitique, qui donne à tour de rôle la prédominance à chacun des éléments constitutants du syndrome.

Cette prédominance peut être d'ordre intellectuel : anxiétés à contenu idéique ou délirant, sur lesquelles nous n'insisterons pas ; sentiment de défaite, idées de persécution et d'étrangeté, mentisme et hallucinations, idées post-oniriques, etc. Elles se présentent chez le schizophrène avec une certaine constance et une certaine fixité, en raison de la conservation d'une certaine unité mentale.

Chez le dément précoce encéphalitique au contraire, l'anxiété est due à des idées qui s'enchevêtrent, se chevauchent, changent

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1931.

de formule selon les moments. La conscience plus ou moins vague de ce trouble de la pensée doit conditionner en partie cette anxiété.

F... présente une démence précoce à début aigu, du type mélancolique avec anxiété : on est obligé de le maintenir dans le service pour tentations répétées de suicide. Un jour, il émet des idées d'influence, on agit sur lui pour le rendre fou ; un autre jour, c'est un sentiment d'incapacité générale et d'impuissance qui l'obsède. D'autres fois, ce sont des idées hypocondriaques : « Son gland n'est pas assez gros pour lui permettre des rapports sexuels » ; ou bien des éléments d'un syndrome d'automatisme mental : on le menace, on l'injurie, on dit qu'il « sent la vinasse ». Ce ne sont jamais les mêmes raisons qui motivent son anxiété, laquelle reste cependant assez semblable à elle-même d'un jour à l'autre.

T... est constamment anxieuse, refuse les aliments, cherche à s'échapper. Elle présente un délire flou, inconsistant et asystématique : idées de persécution qui varient : « C'est par le Crédit Lyonnais (où elle était employée), qu'elle va mourir. » Une autre fois, « c'est sa mère qui lui veut du mal ». A d'autres reprises, ce sont des hallucinations qui déclenchent ses craintes ou des idées d'influence, d'hypnotisme.

Dans cet ordre des *anxiétés délirantes*, il faut s'attacher tout particulièrement à l'anxiété *hypocondriaque*. Il n'est pas rare de constater un délire plus ou moins riche, allant jusqu'au délire métabolique ou au délire de négation et qui s'accompagne d'un sentiment d'inquiétude. Ca... est anxieux et a des idées de suicide ; « il a des douleurs partout, dans le ventre, les reins, le fondement, la tête ; il a du mal pour uriner et aller aux cabinets ». Pl... ne peut plus manger, ne peut plus respirer, ne peut plus uriner ; il a une maladie de vessie et une maladie de poitrine, etc...

Mais le délire hypocondriaque offre dans les démences précoces certaines caractéristiques. D'abord, il reste rarement pur. Il s'associe le plus souvent, soit alternativement, soit successivement, à d'autres idées délirantes ainsi qu'à des hallucinations sensorielles plus ou moins riches. Il n'est pas rare de voir un dément précoce hypocondriaque la veille ne plus l'être le lendemain, mais présenter d'autres troubles délirants. De plus, le dément précoce cherche moins à motiver ses douleurs que le fait le mélancolique. Le plus souvent, il se contente d'affirmer le fait sans paraître toujours y attacher un sentiment d'inquiétude ou de crainte. La tonalité affective qui colore l'idée hypocondriaque

ne lui est donc pas immédiatement parallèle : l'expression s'y relie par un circuit assez indirect, retardé, et c'est ce fait qui donne à cette anxiété ce caractère immotivé qu'on croit lui reconnaître. L'anxiété, lorsqu'elle se produit, apparaît comme désinsérée de son motif.

Il faut encore insister sur l'importance des préoccupations sexuelles hypocondriaques : douleurs du domaine génital, difformités physiques liées à l'inhibition sexuelle (organe monstrueux, gland « trop gros » ou pas assez...), douleurs à l'érection, craintes des conséquences d'une blennorrhagie ancienne, syphilophobie ; elles existent pour ainsi dire à l'état latent chez le dément précoce et ce fait est à rapprocher de son apragmatisme sexuel. Ce sont aussi ces préoccupations d'ordre sexuel qui comportent la plus grande charge affective et nous entrevoyons pourquoi le dément précoce concentre justement son inquiétude sur ce sujet, parce que son affectivité se trouve violemment troublée.

Une dernière remarque : c'est l'importance, chez le dément précoce hypocondriaque, des troubles cénesthésiques ; ces troubles sont réellement objectifs. Outre les phénomènes vaso-moteurs, voire même trophiques qu'il présente, on peut trouver chez lui de véritables phénomènes d'anesthésie mentale : c'est un fait banal que son hypoesthésie au tact, à la piqure et à l'excitation électrique faradique ; il est difficile toutefois d'apprécier le rôle qu'une hypo ou une acénesthésie jouent dans la genèse du délire hypocondriaque et du délire de négation d'organes. Cette coexistence d'une hyperesthésie mentale qui se manifeste dans le délire et d'une anesthésie mentale qui se décèle par l'examen objectif, nous apparaît comme le témoin de cette rupture de l'unité psychique.

Le mécanisme de cette hypocondrie est d'ailleurs tout à fait particulier ; il semble que le délire hypocondriaque ne soit qu'un fait secondaire à l'anxiété et qu'il intervienne comme une explication de celle-ci. C'est le phénomène de « l'autisme hypocondriaque » que l'un de nous avait déjà étudié chez les schizophrènes (1). Selon la loi des interréactions intellectuelles et affectives, c'est parce que le dément précoce est un anxieux qu'il devient un hypocondriaque. Son délire néoformé exagère d'autant son anxiété, mais celle-ci reste l'élément primordial.

D'autres délires anxieux mériteraient aussi d'être étudiés spécialement : l'anxiété *mystique* par exemple, assez fréquente et à

(1) Autisme hypocondriaque et indifférence sexuelle chez les schizomanes. A. M.-P., 29 mars 1926.

laquelle s'attache une note de remords, de culpabilité, de protection. Mlle D... ne veut pas se séparer d'une statuette de la Vierge, qu'elle embrasse en pleurant et à qui elle demande pardon de ses fautes. Mlle B..., dans ses phases anxieuses, invoque sa sainte préférée : « Sainte Thérèse, l'entend-on dire selon un code stéréotypé, venez à mon secours. Intercédez pour moi. »

De même, l'idée *obsédante* est fréquente chez le dément précoce et de nature essentiellement anxieuse ; on l'observe, soit sous une forme assez pure et fixe, qui se rapproche du tableau de l'obsession psychasthénique et dont le diagnostic peut offrir une certaine difficulté, soit sous une forme mobile, inconsistante, le sujet se laissant momentanément convaincre et détourner de ses préoccupations obsédantes, mais le syndrome obsessif se représentant le lendemain sous une autre forme ou avec un autre contenu.

A côté de ces états anxieux, à contenu idéique, il en est d'autres qui se présentent avec un caractère organique et se réduisent à une décharge anxieuse que rien ne semble justifier ; ce sont ces anxiétés « plus ou moins vides de contenu » qui sont pour Devaux et Logre caractéristiques de la démence précoce. C'est par exemple le raptus extrêmement rapide qui se résout immédiatement, tel que nous l'avons décrit plus haut ; ce sont encore certains tics ou certaines stéréotypies qui mettent en jeu les muscles ou les attitudes de l'anxiété, mais qui restent automatiques, indifférents et inoffensifs. Il n'y a là qu'une expression purement motrice et anidéique dont l'on ne possède point la preuve qu'elle reflète un état affectif pénible.

Cette preuve, il faudra la chercher en dernière analyse dans le fond mental même du malade et aborder ce problème si difficile à résoudre de l'affectivité du dément précoce. Or, malgré que la dystonie de celui-ci nous apporte les réponses les plus contradictoires, l'on perçoit par une sorte de « diagnostic par sentiment » dont Minkowski (1) a bien montré la valeur, la persistance d'une vie affective encore très riche. A converser fréquemment avec ces malades, on gagne rapidement la conviction que les divers sentiments, loin d'être détruits chez le plus indifférent et le plus impénétrable des déments précoces, survivent au contraire avec une certaine intensité mais dans une forme morbide qui les rend plus difficilement accessibles ; la joie et la tristesse, le désir ou la répulsion, la confiance et la crainte, tous

(1) MINKOWSKI. — Du symptôme au trouble générateur. *Archives suisses de Neur. et de Psych.*, vol. XXII, 1928.

ces sentiments chargés d'affectivité de sens contraire, se laissent encore deviner : Mlle M..., hébéphrénique indifférente, à la fin d'une longue conversation où il est question d'amour, de mariage, demande brusquement et avec émotion à embrasser son médecin. Mlle Be..., dans les mêmes conditions, déclanche une petite crise anxieuse, alors qu'elle s'est attachée jusque-là à paraître indifférente à ces sujets : « Je sais bien, s'écrie-t-elle avec désespoir, que je suis trop malade pour me marier. »

Il faut bien reconnaître, par contre, qu'un interrogatoire systématique ne donne guère de résultats et que l'emploi de « tests affectifs » donne lieu à des réponses à côté ou discordantes et souvent très variables chez le même sujet. Mlle M..., par exemple, présente dans son interrogatoire des dispositions alternativement anxieuses et euphoriques sans rapport avec les questions qu'on lui pose. A la même question : « Etes-vous heureuse ici ? » elle fait, à trois reprises différentes, trois réponses également différentes : « Je suis malheureuse. J'ai peur. On va m'arrêter parce que j'ai pris autrefois un bout de satin à une personne. » — « Oui. Du moment que je gagne honnêtement ma vie, c'est tout ce que veux. » — A la 3^e reprise, elle ne répond pas, pleure et supplie qu'on ait pitié d'elle.

L'affectivité, au surplus, ne s'exprime pas que sous la forme douleur, inquiétude et anxiété ; les réactions voisines sont également précieuses pour l'explorer. Il faut bien se garder, comme on le fait trop souvent, de se limiter à quelques tests classiques d'appréciation, par exemple l'attitude familiale ; l'indifférence ou l'hostilité allant jusqu'à la haine se comprend ; dans sa logique morbide, le malade fait endosser à sa famille tous ses malheurs ; elle ne l'a pas compris, elle n'a rien fait pour éclairer l'incertitude qui pèse sur lui, elle n'a pas cherché à le marier... Mais le sujet retourne sa confiance et sa sympathie vers d'autres, médecin ou infirmier, transfère son mépris et sa haine vers tels autres. Les voisins de lit sont jugés également, dans un sens favorable ou non ; il existe des amitiés spontanées et des haines entre déments précoces. Mlles R... et Bo... sont inséparables, elles se réconfortent, s'exhortent mutuellement à s'alimenter, elles s'embrassent, elles se tiennent les mains et leur anxiété se fait jour lorsqu'on les sépare.

Les malades expriment à d'autres moments de la colère, du contentement, du mépris, de la répulsion. Ces divers sentiments, il est vrai, donnent tous une note d'instabilité, de variabilité, de provisoire ; ils se réduisent tous, après leur rapide passage, dans une attitude d'indifférence et d'inaffectivité ; mais cette

existence, si fragile soit-elle, suffit cependant à contredire leur attitude dominante.

C'est le mérite des psychanalystes d'avoir montré la persistance des divers sentiments, et notamment du désir, sous des formes qui en apparaissent les plus éloignées, sous un mécanisme substitutif et symbolique. A ce point de vue, certaines stéréotypies reconnaissent sûrement une origine affective lointaine, non pas seulement celles qui ont l'expression motrice de la peur, mais d'autres aussi sans doute qui ont apparemment perdu tout lieu de causalité.

Il n'est pas jusqu'aux états de mutisme dans lesquels on ne puisse faire intervenir une note affective et anxieuse. Le mutisme de la démence précoce n'est pas toujours inexpressif et indifférent à son début, soit qu'il se coupe d'attitudes hostiles, coléreuses ou inquiètes, soit qu'il se présente d'une façon continue avec une expression concentrée ou hostile. Parfois même, le mutisme se résout en de véritables crises d'agitation anxieuse.

Mlle F... entre au cours d'un épisode confusionnel. Elle présente par la suite un état apathique, une expression hostile avec refus d'aliments et mutisme. Ce mutisme se résout à diverses reprises dans des crises anxieuses, avec paroles incohérentes et agitation. Plus tard, cet état se transforme et s'apaise ; la malade redevient docile, douce, affectueuse, mais conserve une discordance et une dissociation accusées qui donnent la signature de la démence précoce. Mlle B... présente un mutisme presque absolu avec hostilité, opposition. On observe dans le service de nombreuses crises anxieuses au cours desquelles elle exprime des idées de persécution : « On va nous faire du mal, on va nous tuer. »

Peut-être pourtant existe-t-il de ces anxiétés réellement « sans contenu » et d'ordre purement moteur.

III. L'anxiété de la démence précoce a pratiquement une grosse importance, du fait qu'elle nous donne la raison d'un grand nombre de ses réactions. Ceux-ci correspondent, en effet, au processus anatomique d'inflammation et au syndrome clinique d'hyperactivité psychique, qui marquent la période prodromique, médico-légale, selon le terme d'Antheaume et Mignot, et la différencie de la période d'état où les malades ne sont plus guère dangereux. Ces réactions, généralement de modalité impulsive, peuvent être liées aux idées délirantes, soit mélancoliques, soit de persécution, ou aux hallucinations, cette liaison étant le plus souvent assurée par l'intermédiaire du facteur anxiété. L'anxiété, résultant

d'une compression affective, tend naturellement vers une décharge motrice. Le sentiment d'étrangeté anxiogène pousse, avons-nous vu, le schizophrène à en sortir par une série d'actes ou de mouvements ; et, d'autre part, le sentiment d'inhibition, de barrage et par conséquent d'impuissance qui suit l'échec de son effort, l'incite secondairement au découragement générateur à son tour d'anxiété. De plus en plus, chez lui, l'effort devient dispersé, inadapté, dissocié et stérile ; de plus en plus aussi, le désespoir de l'échec le sensibilise à de nouvelles anxiétés. Son besoin d'agir lui fait accomplir toutes sortes d'actes, les uns absurdes, les autres parfaitement coordonnés, le plus souvent un accès d'ambulation, une fugue, une sortie déclamatoire, plus rarement une crise de graphorrhée.

Mlle B... nous décrit ses impressions de schizophrène. « J'étais très malheureuse parfois, je ne savais pas pourquoi. Tout me manquait. J'avais peur de ce qui allait arriver... Quand je me sentais ainsi, il fallait que je fasse quelque chose, que je sorte par exemple... » M. R..., schizophrène à prétentions littéraires, résout son anxiété en écrivant, mais il se désespère après coup en comprenant sa difficulté et sa pauvreté de pensée.

Chez le dément précoce encéphalitique, la réaction motrice échappe le plus souvent au champ de la conscience, c'est la condition même de l'impulsion proprement dite. On peut admettre ainsi des décharges motrices si rapides qu'elles perdent, aux yeux de l'observateur, tout lien avec l'anxiété causale, l'incitation affective n'ayant pas le temps de donner sa preuve, ou au contraire des réactions motrices à retardement.

Le chapitre des réactions anxieuses de la démence précoce est infini. Leur bizarrerie de réalisation, leur absurdité, leur absence d'adaptation, leur manque de logique tiennent au caractère même de la démence ; nous n'y insisterons pas. Nous voudrions seulement classer les principales d'entre elles.

a) Dans un premier groupe, comprenant les réactions limitées au champ d'activité intime du sujet, nous pensons pouvoir ranger ces tics et ces stéréotypies qui évoquent la frayeur et en mettent en jeu la musculature, ou d'autres encore qui sont comme une réaction de défense symbolique, de caractère prélogique. Malgré leur automatisme apparent, ce sont des réactions de malades anxieux, des grimaces de peur, des gestes de frayeur, de lamentation, de défense ou de persécution. Parfois, ces symptômes sont plus diffus et plus étendus et se groupent sous une formule de « *maniérisme douloureux* ».

b) Les réactions d'instabilité vont de la déambulation automa-

tique aux fugues. On voit, dans les salles d'hôpital ou d'asile, de ces malades anxieux à surveiller qui, demeurant sombres et préoccupés, ne tiennent pas en place et cherchent à profiter de tous les incidents du service, changement d'équipes, portes ou fenêtres ouvertes, échelles établies contre une imposte, etc., pour tenter de s'enfuir : beaucoup sont des déments précoces. D'autres fois, la tentative de fuite se fait dans un raptus anxieux évident, avec bris de carreaux par exemple.

Souvent, en effet, ces réactions d'instabilité sont associées à d'autres réactions anxieuses. Mlle V. porte sur son observation : « Agitation anxieuse. Ambulation impulsive. Se plante des aiguilles dans le bras. Présente des idées obsédantes de fugue. A fait des tentatives de suicide. Aurait bu un verre à liqueur de vitriol ; s'est brûlée volontairement à la main gauche avec de la cire à cacheter. Dit qu'elle veut se tuer... » Tel aussi M. L. « Idées mélancoliques : il est la cause du Mal. Il va mourir. Agitation anxieuse. Refus d'aliments. Demande la mort. Cherche à se faire du mal. Bris de carreaux. Tentative de fuite. Grincement de dents. Stéréotypies motrices à physionomie anxieuse. » Telle encore Mlle M. dont nous avons antérieurement cité les fugues se produisant à l'acmé de périodes anxieuses.

On assiste également à des *réactions de compensation coléreuse*. La colère sert alors de décharge à l'anxiété par suite d'une sorte de diffusion affective. Elle se traduit par des phénomènes d'excitation, des violences, des dilacérations du linge, du bris de meubles ou de carreaux. Ces réactions coléreuses, comme la crise anxieuse, ont un aspect impulsif et souvent pour effet immédiat de ramener le calme.

c) *Les réactions antisociales graves* doivent surtout retenir notre attention, les tentatives de suicide et les automutilations d'une part, les violences sur autrui d'autre part.

Celles-ci surviennent soit au cours d'un syndrome anxieux en évolution, ou bien — et c'est là leur danger — comme la conséquence d'un raptus. Il est encore de ces impulsions anxieuses graves qui, pareilles aux raptus anxieux initiaux que nous avons décrits, apparaissent comme le premier symptôme de l'affection. Citons à ce propos l'observation rapportée par Paul Abély (1) d'un sujet qui a une impulsion homicide au cours de laquelle il tue son patron. Après l'acte criminel il entre dans une phase d'agitation désordonnée qui se marque essentiellement par une anxiété

(1) Paul ABÉLY. — Démence précoce à évolution rapide. Impulsion homicide premier symptôme. *Soc. Méd.-Psych.*, 28 octobre 1929.

intense. Il réalise un tableau de délire aigu qui se résout ultérieurement pour laisser place à un syndrome hétérophrénocatatonique.

Quant aux tentatives de suicide, nous en avons de nombreux exemples. R... est un dément précoce entré depuis peu dans son affection par un syndrome délirant de persécution politique : on lui en veut pour ses opinions, les communistes le poursuivent... Syndrome d'opposition avec discordances, rires immotivés, bizarreries, refus d'aliments... Mais ce qui domine, c'est son état anxieux, avec gémissements, cris douloureux. Il fait en cinq jours, dans le service, trois tentatives de suicide par coups de lame de rasoir, strangulation et ingestion de débris de verre.

B. présente un état interprétatif et anxieux ; il s'inquiète de son état, croit avoir la syphilis, il ne se sent pas aimé des malades, on se moque de lui... Il n'émet pas d'idées de suicide, mais, au cours d'un raptus anxieux, il se tranche la carotide avec un rasoir.

F. est atteint d'un état dépressif avec anxiété. Incapacité professionnelle depuis plus de 8 mois. Interprétations délirantes. Idées hypocondriaques. Anxiété avec tentatives de suicide répétées ; tentative récente par strangulation. Idées actives continues parce qu'il sait qu'il est condamné à avoir la tête tranchée.

Cz. présente un état anxieux. Gémissements... Se donne des coups de tête, cherche à se faire du mal ou à se sauver. Mord, frappe. Bris de carreaux. Refus d'aliments. Tentative de suicide par étranglement (il a essayé d'attacher sa serviette de toilette à un barreau du lit et s'est laissé glisser à terre ; une autre fois il cherche à s'étrangler pendant qu'on lui met le maillot). Veut à tout prix se tuer. Impulsions à tuer et à étrangler un autre malade parce qu'il l'énervé...

Nous noterons aussi le suicide indirect. L. fait une tentative pendant qu'on le rase ; il a bondi la tête en avant sur le rasoir et s'est légèrement blessé. Il y a enfin les tentatives de suicide ou d'automutilation absurdes, l'absurdité n'étant ici que le cachet déméntiel. Mlle V. a bu de l'encre, s'est brûlée à la main gauche avec de la cire à cacheter. Une autre se plante des aiguilles dans le bras. Un de nos malades cherche à avaler du vitriol, un autre ingère des débris de verre....

d) D'autres faits qu'on ne peut ranger sous la dénomination de réactions ont cependant, avec l'anxiété, des rapports évidents : les formes obsessionnelles, par exemple, si fréquentes au début de la démence précoce avec les diverses phobies qu'elles comportent et les réactions impulsives qu'elles sont suscep-

tibles d'engendrer. D'autre part, certains symptômes propres de la démence précoce, tels le négativisme, le mutisme, l'hypoalimentation, les états discordants sont parfois chargés d'anxiété. C'est dire que l'anxiété, dans certaines formes de la maladie, diffuse dans toute la vie psychique du dément précoce et en imprègne profondément toute la symptomatologie.

Un grand nombre de réactions restent ainsi inexplicables en dehors du facteur anxieux et ce sont ces déments précoces à forme anxieuse qui demeurent les plus dangereux. L'anxiété chez ces malades est toujours un élément de surveillance sévère et comporte dans la majorité des cas une indication absolue et urgente d'internement.

IV. En conclusion : 1° L'anxiété se retrouve dans la démence précoce, et tout particulièrement dans sa phase initiale, avec une fréquence remarquable.

2° Dans les formes lentement évolutives, dégénératives et schizophréniques, elle s'exprime avec une fixité relative qui témoigne de la conservation d'une certaine unité mentale.

3° Dans la démence précoce encéphalitique elle s'exprime au contraire sous un aspect anarchique qui nous apporte la preuve d'une affectivité sous-jacente très active mais profondément troublée ; cette dysesthésie affective associée à des perturbations parallèles de l'activité intellectuelle et motrice, est l'indice d'un processus inflammatoire et nous permet de rapprocher cette forme de démence précoce des autres psycho-encéphalites et notamment de la paralysie générale.

Il y a dans ces deux affections une marche évolutive identique ; une phase de début ou médico-légale, marquée par une exaltation générale du psychisme, de l'affectivité et de l'activité, où l'anxiété est la règle et provoque les réactions les plus violentes et les plus dangereuses ; une phase d'état, caractérisée par l'inaffectivité classique et par une déficience générale de l'activité.

4° L'anxiété nous donne enfin l'explication d'un grand nombre de réactions initiales de la démence précoce, impulsions diverses, fugues, tentatives de suicide, d'auto-mutilation ou d'homicide.

*(Travail du Service de Prophylaxie Mentale
de l'Hôpital Henri-Rousselle).*

HOMOSEXUALITE POST-ENCÉPHALITIQUE

PAR

PAUL SCHIFF et J. O. TRELLES

Parmi les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique, les troubles de la sphère sexuelle sont relativement connus et fréquents. Il est pourtant une variété de perversions sexuelles qui n'a pas, jusqu'ici, été spécialement étudiée : c'est l'homosexualité. Certes, il est des observations dans lesquelles on trouve quelques faits d'homosexualité parmi d'autres perversions qui dominent le tableau, et cela surtout chez de jeunes sujets, en général du sexe féminin, dont la sexualité n'est encore ni formée ni fixée : telles les malades de M. Petit (1), de M. Reboul-Lachaux et Mlle Serin (2), de M. Heuyer et Mlle Badonnel (3). Nous n'en avons pas rencontré d'autres dans la bibliographie. MM. Robin (4) et Menger (5) dans leurs monographies n'en citent pas ; M. Fribourg-Blanc (6) dans son rapport signale « l'excitation aux actes homosexuels ».

Le cas que nous présentons montre une homosexualité comme séquelle principale de l'encéphalite épidémique chez un adulte ; à ce titre, il nous semble qu'il méritait d'être joint au vaste groupe des perversions post-encéphalitiques rassemblées dans ces dernières années, et qui ont permis de pénétrer plus avant dans certains domaines psychiatriques, qui nous ont en particulier apporté des renseignements intéressants sur la psycholo-

(1) Discussion à la *Société Clinique de Médecine mentale*, n° 9, décembre 1921.

(2) REBOUL-LACHAUX et Mlle SERIN. — Encéphalite épidémique et perversions sexuelles. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1924).

(3) Cités dans le *Rapport* de M. FRIBOURG-BLANC.

(4) G. ROBIN. — Les troubles mentaux dans les formes prolongées de l'encéphalite épidémique. *Thèse* de Paris, 1923.

(5) Menger. — Les perversions morales post-encéphalitiques. *Thèse* de Paris, 1929.

(6) Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique. (*Rapport au Congrès de Méd. légale*, Paris, octobre 1928).

gie de la volonté, sur la libération de certains automatismes et sur les régressions affectives.

E... T..., préparateur en pharmacie, âgé de 29 ans, entre le 5 juin 1931 à l'hôpital Henri-Rousselle, parce qu'il vient de faire deux tentatives de suicide.

Antécédents et histoire de la maladie. — Rien à retenir au point de vue héréditaire ; son père est mort à 40 ans, de complication grip-pale ; sa mère est vivante et bien portante, un frère et deux sœurs bien portants.

Enfance et croissance normales ; à l'école jusqu'à 13 ans ; il obtient facilement son certificat d'études ; continue des études secondaires chez lui en autodidacte ; devient par la suite préparateur en pharmacie.

Rougeole en 1919, diphtérie en 1923. Fait son service militaire sans incident.

Fin janvier 1925 (le malade a 23 ans), encéphalite épidémique typique à forme confusionnelle : poussée fébrile nette ; onirisme avec activité hallucinatoire, turbulence, agitation psycho-motrice. Diplopie. Traité à l'hôpital de Metz. Cet état aigu s'amende rapidement, pour faire place à la narcolepsie. Trois mois après, en mars, malgré la somnolence, il reprend son travail mais se trouve tout changé, « n'ayant parfois pas conscience de ce qu'il fait, recommençant souvent deux ou trois fois le même travail ». En septembre (1925), il est repris par la narcolepsie, au point de « tomber par terre et rouler sous une auto, sans que cela le dérange dans son sommeil », il s'endort partout, au théâtre, aux concerts, dans son travail ; en même temps il a des crises de bâillement. Il est obligé de se faire hospitaliser à nouveau, de janvier à juin 1926 ; on lui fait un abcès de fixation « qui amène une véritable révolution dans son état, il était transformé, n'avait plus aucun malaise et se croyait guéri ». Vient alors à Paris et se marie en septembre 1926 ; mais en décembre, nouvelle poussée de somnolence, sensation de lassitude qu'il attribue « aux excès du mariage ». En mars 1927, rentre à la Charité, une ponction lombaire révèle une hyperalbuminose légère ; on le traite par du salicylate de soude intraveineux sans résultat favorable ; son état ne s'étant pas amélioré, il entre en avril 1927 dans un sanatorium où on lui fait un nouvel abcès de fixation ; c'est pendant son séjour dans le sanatorium qu'il manifeste pour la première fois ses tendances homosexuelles, nous y reviendrons plus loin. Il en sort en octobre, un peu amélioré, mais à peine reprend-il son travail que les malaises recommencent, la fatigue s'accuse, les crises narcoleptiques se manifestent à nouveau ; il continue tant bien que mal à travailler jusqu'en mars 1930, époque où il est trouvé endormi par terre et emmené à Tenon. Sur sa demande un troisième abcès de fixation est pratiqué, qui amena de nouveau une amélioration notable de son état.

Vie sexuelle. — E. T. a eu une formation sexuelle normale. Mastur-

bation vers 15 ans, en pensant à des femmes. Initiation sexuelle à 17 ans par une voisine, leur « amitié » dura 2 ans ; puis fréquente avec des camarades des maisons publiques. En 1923, fait son service militaire, il continua à fréquenter des prostituées, et fait connaissance parmi les troupes coloniales de spahis homosexuels qui lui font des avances qu'il repousse, car « ça ne lui disait rien et le dégoûtait ». Les premières années après l'encéphalite, il ne présente aucune modification de la sexualité, il aime toujours les femmes ; en 1926, il se marie et est très amoureux de sa femme avec laquelle il a des rapports très fréquents, au point que, se trouvant fatigué, il doit, sur conseil médical, modérer son ardeur et espacer les rapports sexuels. En 1927, se trouvant dans le sanatorium « souffrant d'un abcès de fixation, il pensait aux femmes ; à ce moment vient le voir dans sa chambre un malade soigné aussi pour affection nerveuse, ils échangent quelques propos qui se terminent par des attouchements réciproques ». Ces rencontres se renouvelèrent et, sorti du sanatorium, des désirs homosexuels le tourmentent. Il ne trouve plus de plaisir dans les rapports conjugaux, qu'il espace de plus en plus, cependant que l'appétit homosexuel devient obsédant ; il ne sait comment le satisfaire lorsqu'un jour, dans un urinoir, l'occasion se présente. Dès lors, il fréquente et recherche ces « mauvaises compagnies », délaisse complètement sa femme à laquelle il demande des rapports anaux ; sur le refus de celle-ci, il n'a plus aucune retenue dans ses penchants et va jusqu'à ramener des hommes au domicile conjugal pendant l'absence de sa femme qui, s'apercevant de la conduite de son mari, demande le divorce, malgré les prières et promesses de s'amender qu'il lui fait.

C'est ainsi que le 4 juin 1931, ils sont appelés en conciliation ; là, il reconnaît tous les faits qui lui sont imputés et est sévèrement tancé par le juge qui le menace des rapports de police défavorables et des conséquences fâcheuses que peut entraîner sa conduite. Rentré chez lui, il est anxieux, a peur, ne dort pas et manifeste le désir d'en finir avec la vie. Sa femme ne prête pas attention à ses propos qu'il a tenus maintes fois dans le passé. Le lendemain pourtant, son inquiétude augmentant, il essaie de s'empoisonner avec le gaz d'éclairage, puis, comme sa femme l'en empêche, il se saisit d'un rasoir et veut s'égorger. Au commissariat de police, on aurait conseillé à sa femme « de le laisser se tuer » (?). Elle préfère l'amener à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Etat actuel. — Nous l'avons longuement interrogé ; il s'y est prêté avec sincérité et bonne grâce. Il n'a aucun trouble du fonds mental, pas d'idées délirantes, a travaillé jusqu'aux derniers jours dans sa pharmacie ; il avait la confiance entière de son patron (que nous avons vu), qui lui confiait le service de nuit. Il a conscience de la nature anormale de son penchant et en est honteux. Décrit le caractère obsédant et impulsif que revêtait le désir homosexuel, il risquait beaucoup pour trouver un partenaire mais l'idée du plaisir à prendre était plus grande que la peur, il ne pouvait pas y résister : « c'est

et exhortis le 10 juin 1926. Pendant ce temps on
 me donna excellente nourriture et l'on me
 procura un abri de fixation de la façon
 suivante : (Le médecin opérateur était le
 Dr Schœn médecin directeur de cet établissement
 de cure qui se trouvait à La
^{habitation} habite actuellement. Il me des Trésors à
 On commença par me faire une injection d'insuline
 de 100 unités (dose de 14 sous la peau du ventre. Il se produisit une
 grosse poche rougeâtre qui ne vint pas à maturité, elle se résorba sans
 avoir fait que de la douleur au patient. On fit alors une seconde
 injection de 14 de trichloréthine dans la cuisse droite, cela se résorba à nouveau
 et ne vint pas à maturité. Cela m'avait encore fait beaucoup souffrir
 malgré cela j'demandai de mon bonjour à la guérison comme si rien n'avait
 l'abîme. On injecta alors 14 de trichloréthine dans la
 cuisse gauche et au bout de 6 jours l'abîme fut provoqué sans
 avoir donné de résultat des années au patient. On fit une injection
 de 100 unités il s'est écoulé 14 de jours (l'opération de
 ce jour n'a pas été faite) comme il s'écoulait beaucoup
 de jours on fit le lendemain 2 injections sous de 400
 unités, il s'est à nouveau beaucoup de jours, on m'interdit
 de grandes marches de jour et au bout d'un certain temps on
 arriva avec de la pomme de terre. Colloidal et du nitrate
 d'argent. Cet abîme de fixation avait fait une révolution en
 mon état, j'étais transformé, j'en avais plus conscience maintenant

Spécimen d'écriture. Réduction aux 3/4.

plus fort que lui, il agit sans réflexion ; une fois que c'est fait, il y
 réfléchit, regrette l'acte, a honte de lui-même, s'en trouve amoindri
 et a peur, même de son ombre » ; il se promet et jure de ne pas
 recommencer. Ces bons propos, il les tient pendant 4 ou 5 jours,

puis « le besoin vient de nouveau se faire sentir, il essaie de résister, a des moments de réflexion, puis il agit comme un animal, le désir est plus fort ». A nouveau, il ressent la honte, le remords, l'amertume, les regrets. Souvent, il est allé se confesser, « tâcher de se faire pardonner par Dieu ». Au début, en 1928-29, ces impulsions-obsessions étaient espacées, elles sont devenues de plus en plus fréquentes ; d'autre part, les véritables rapports homosexuels, peu nombreux d'après lui, n'ont eu lieu que tout dernièrement. Signalons en outre que, bien que très rarement, il a continué la fréquentation sexuelle de sa femme, en éprouvant de la satisfaction. Ce n'est donc pas un homosexuel pur, mais encore un ambivalent.

Au physique, il est de taille moyenne, bien bâti, l'appareil génital externe et les caractères sexuels secondaires bien développés. L'attitude est normale. Le faciès est figé, amimique, le regard fixe, immobile, s'accompagnant de rareté du clignement. Le rire est transversal. La peau du visage luisante, séborrhéique. On note une asymétrie faciale nette, un léger ptosis gauche, la queue du sourcil tombe à gauche ; l'aile du nez tombe davantage à droite.

La parole est monotone, traînante. La démarche est normale, mais on remarque la diminution du balancement du bras gauche. Lorsqu'il est fatigué et dans certaines positions difficiles un tremblement des doigts apparaît dans le membre droit. L'écriture montre une microphagie spéciale : apparaissant au milieu de la page.

Il n'y a pas d'hypertonie ni de bradycinésie, mais on trouve un réflexe de posture net dans le jambier antérieur droit. Il n'y a plus de diplopie, mais il existe une légère diminution de la convergence et quelques secousses nystagmiques dans le regard extrême vertical et horizontal.

Tous les autres appareils de l'économie sont normaux. La tension artérielle est de 17-10 (au Pachon). Légère bradycardie, le pouls bat à 60 pulsations par minute. Le Bordet-Wassermann dans le sang est négatif.

Pendant son séjour dans le service, il n'a extériorisé aucune attitude ni propos homosexuel ; a manifesté le désir d'être soigné énergiquement, le traitement « lui semble salutaire, car il ne sent plus ces désirs » ; demande à sa femme de renoncer au divorce, il travaillera et s'amendera. Veut redevenir un homme normal. Par contre, nous avons pu nous rendre compte qu'il présente quelques troubles de la conduite qui rendent sa société pénible pour les voisins et le personnel infirmier : turbulence, bavardage, monotonie, viscosité. Menger, très justement, désigne sous le nom « d'importunité assidue » cette tendance à questionner pour des riens, à répéter dix fois la question, cet accrochage au médecin, la familiarité du malade, le désir qu'on s'occupe de lui, le besoin incessamment exprimé d'expansion et de consolation.

En résumé : Un homme dont la sexualité a évolué et s'est formée normalement et se trouve fixée, fait, à 23 ans, une encéphalite oculo-

léthargique typique. Deux ans après, il présente des manifestations homosexuelles, à type impulsif, qui augmentent de plus en plus jusqu'à lui faire amener des partenaires masculins au domicile conjugal ; comme séquelles neurologiques, un tableau d'hémi parkinsonisme droit.

Plusieurs faits nous semblent valoir d'être relevés chez ce malade.

Au point de vue clinique, il présente de façon typique l'« impertinence assidue » de Menger, laquelle est en somme une itération incessante, incoercible, du même processus psychique monotone, une *palipsychie*, analogue à la palilalie et à la palimpraxie (1) déjà signalées chez ces malades. Cette palipsychie fait que les malades ont une viscosité mentale analogue à celle des épileptiques, cette glyschroïdie sur laquelle a insisté Mme Minowska (2) : nouvel exemple des rapprochements signalés par l'un de nous entre le comportement encéphalitique et le comportement épileptique (3).

Un fait intéressant nous paraît être aussi la micrographie de ce sujet, qui n'est pas comme d'habitude une micrographie de fin de ligne, mais une micrographie du milieu de la page (voir fig.).



Mais surtout ce sujet nous donne l'occasion de résumer les recherches faites depuis plusieurs années sur la sexualité des encéphalitiques ; nous trouvons chez ces malades le plus souvent une vie sexuelle diminuée, parfois de la frigidité complète, — très souvent (un tiers des cas) une sexualité augmentée par rapport à l'activité avant la maladie. Malgré les difficultés et les réticences auxquelles on se heurte quand on cherche à obtenir des malades et de leurs conjoints des certitudes sur ce point, il nous paraît hors de doute que certains encéphalitiques ont vu leur pouvoir génital augmenter à la phase chronique, parkinsonienne, de la maladie. Dans deux cas que nous avons vus à Henri-Rousselle, il y avait une hypergénéralité certaine, sans perversions, avec pratiques normales seulement, mais tous les autres parkinsoniens encéphalitiques à sexualité non diminuée présentaient des perversions sexuelles variées. Le polymorphisme des réactions perverses semble être un caractère des séquelles encéphali-

(1) P. SCHIFF. — *L'Encéphale*, 1925, p. 609.

(2) *Ann. Méd.-Psych.*, mars 1931.

(3) Cf. *L'Encéphale*, 1928, p. 330.

tiques. Parmi les pervers post-encéphalitiques que nous avons examinés, beaucoup présentaient des perversions multiples, violences, mensonges, tendances au vol, etc.

Ce n'est pas le cas ici. Il s'agit d'une homosexualité isolée, il n'y a pas de perversions morales qui viennent compliquer le tableau, car on ne peut considérer comme un trouble réel de l'humeur « l'importunité assidue » de ce malade ; elle traduit seulement, croyons-nous, une palipsychie irrésistible. Plus encore dans d'autres cas, il est légitime de se demander, en présence d'un tel tableau, s'il y a un rapport de cause à effet entre l'infection neurotrope et la déviation sexuelle, ou bien s'il n'y a que coïncidence.

La première hypothèse nous semble vraie ; en sa faveur plaide le fait d'une homosexualité apparaissant, deux ans après la maladie, chez un adulte dont la sexualité était déjà fixée et qui s'était normalement développée dans le sens de l'hétérosexualité. D'autre part, son apparition coïncide avec une poussée de la maladie, et ce qui vient appuyer la nature vraiment encéphalitique de la perversion, ce sont les caractères mêmes de cette homosexualité, qui se manifeste sous forme de paroxysmes à intervalles irréguliers, véritable impulsion incoercible se réalisant de façon brutale comme les autres impulsions encéphalitiques, avec remords de conscience, regrets de l'acte accompli, effort vers le relèvement, et en même temps sentiment d'être poussé par une force invincible sur laquelle la volonté n'a pas de prise.

Si l'on admet qu'il s'agit chez E. T. d'une homosexualité due à l'infection par le virus encéphalitique, on peut se demander si des lésions cérébrales précises pourraient être incriminées. Récemment M. Parhon, ici-même (1), a essayé de montrer les rapports entre la tendance homosexuelle et les troubles de la région infundibulo-hypophysaire. Nous croyons qu'il est prématuré de vouloir dès aujourd'hui localiser l'homosexualité à une région du cerveau ; ce qui nous paraît pouvoir être discuté, c'est le point de savoir si l'encéphalite a créé de toutes pièces la perversion, ou si elle n'a fait que révéler des tendances constitutionnelles vers le déséquilibre et la perversion. Cette question a été déjà souvent discutée à propos de perversions encéphalitiques ; nous renvoyons pour la synthèse de cette discussion au rapport de M. Fribourg-Blanc.

(1) C. I. PARHON. — Phénomènes d'inversion sexuelle ou d'intersexualité psychique et somatique en rapport avec des altérations de la région infundibulo-hypophysaire (*Annales Médico-Psychologiques*, 1931, T. II, p. 91).

Nous pensons qu'ici l'encéphalite a vraiment créé la déviation sexuelle chez un individu adulte, qui, sans cela, avait beaucoup de chances de rester normal. Si cet homme avait eu une tendance homosexuelle prête à s'extérioriser, elle se serait sans doute manifestée lorsqu'il rencontra des homosexuels ; bien au contraire, il repoussa leurs avances avec dégoût. Une anamnèse fouillée n'a pas permis non plus de découvrir d'autres tendances perverses remontant à l'enfance : nous n'avons pas affaire à un constitutionnel.



Ce que l'on peut envisager, par contre, c'est le mécanisme par lequel cette homosexualité a pu se former et apparaître, chez un sujet jusque-là normal, sous l'influence d'une infection.

Nous croyons qu'il faut faire appel ici aux idées freudiennes. Pour les psychanalystes, l'enfant normal est à un certain stade de son développement affectif un « pervers polymorphe », capable d'orienter ses tendances libidinales dans un grand nombre de directions. Au cours du développement psychique, ces tendances sont victorieusement refoulées, au profit de la tendance normale, qui seule s'extériorise. Il faut admettre que l'encéphalite bouleverse profondément les mécanismes acquis du contrôle moral, elle provoque un arrêt des processus inhibitifs, une libération des automatismes, une régression à des stades affectifs anciens. La modification profonde que l'encéphalite provoque dans la personnalité reporte celle-ci à un stade infantile. Dans un cas rapporté par MM. Fribourg-Blanc et Scouras (1), l'encéphalite ramenait un malade de 32 ans, marié, au stade œdipien, faisait éclore chez lui une passion incestueuse, avec tentative de viol sur sa mère. Chez un malade de Duvernoy (2), la régression, plus accentuée encore, ramenait le sujet au stade oral.

Sans nier le rôle des traumatismes psychiques, qui arrêtent le développement de la sexualité et créent ainsi des perversions, on doit admettre que les traumatismes organiques peuvent avoir sur la vie sexuelle un retentissement semblable. On peut rapprocher de notre cas d'homosexualité par encéphalite deux cas d'homosexualité par traumatisme crânien.

Le premier que nous connaissions est celui de H.-W. Maier (3) où des tendances homosexuelles apparurent de façon inattendue

(1) *L'Hygiène Mentale*, juillet 1931, p. 163.

(2) *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 8 juin 1920.

(3) *Arch. Suisses de Neurol. et de Psych.*, T. XXI, 1927.

après un accident du travail. Witry a rapporté un second cas quasi-expérimental (1). Il a trait à un officier français âgé de 30 ans, à sexualité normale. Initiation à 15 ans; coureur de filles, liaisons nombreuses. Il est fiancé, doit se marier lorsqu'une chute de cheval lui cause une fracture de la base du crâne, avec coma, état grave. Un mois après, changement brusque de comportement: rupture de fiançailles; pratiques homosexuelles fréquentes, voyages répétés en Allemagne où il se fait surprendre en flagrant délit avec un soldat allemand.

Il y a donc, après des infections nerveuses et des traumatismes, des modifications importantes et profondes de la personnalité qui retentissent sur la sphère sexuelle en provoquant des déviations. Par ailleurs, depuis longtemps, Marañon a attiré l'attention sur les liens qui unissent l'instinct sexuel aux systèmes neuro-glandulaires et qui constituent ce qu'il appelle les interactions sexuelles.

Notre pratique psychanalytique nous a apporté des révélations trop curieuses sur la genèse des déviations sexuelles pour que nous songions à mettre en doute la valeur prépondérante du facteur psychologique dans beaucoup de ces cas. Mais, comme le montrait l'analyse d'autres dysfonctions sexuelles étudiées dans un travail précédent (2), il faut considérer la sexualité comme un complexe psycho-organique dont les manifestations neuro-endocriniennes sont souvent la conséquence, mais parfois la cause des processus psychologiques.

(1) *Ann. Médico-Psychologiques*, 1929, T. I, p. 398.

(2) *V. Ann. Médico-Psychol.*, 1931, p. 389.

HYPOCONDRIE, GUÉRISSEURS ET PSYCHOLOGIE DES MASSES

PAR

M. AMELINE

Expliquons tout d'abord ce que nous entendons par les mots Psychologie des Masses.

Celle-ci n'est pas la Psychologie des Foules, élucidée par G. Le Bon, dans de multiples ouvrages originaux, après ou avec Comte, Tarde, Durkheim, etc. (V. Blondel, *Introd. à la Psychologie collective*).

M. Le Bon a surtout étudié les processus intermittents, les accès aigus ou subaigus du mentisme populaire, produits sous des influences externes à l'individu ; processus où l'individu agit en groupe, conduit par des meneurs, dont la presse, échos des événements extérieurs, qui exercent une véritable pression sur un ensemble d'individus, parfois de plus qu'une nation : la politique, la guerre (civile, militaire, religieuse)..., etc., en sont des exemples malheureusement fréquents.

Mais la psychologie des foules ne constitue pas toute la psychologie collective ; il y a une psychologie commune qui fait agir l'individu *isolément*, mais identiquement à nombre de ses semblables, et cela pour des motifs que l'individu tient presque secrets, pour des motifs strictement individuels, malgré leur banalité, même leur généralité. C'est ce qui nous paraît répondre à l'expression : psychologie des masses.

« Frère, il faut mourir ! ». L'approche de la mort est certainement, à partir d'un certain âge, le plus puissant modelleur de la psychologie des individus pris isolément, du moins chez les occidentaux, encore qu'ailleurs les résurrections escomptées soient toujours précédées de la mort et de ses symptômes prémonitoires à longue portée : petits signes de la mort, comme on dit

du brightisme, qui succèdent d'ailleurs habituellement à une « ménopause » plus ou moins accusée dans les deux sexes.

Le retentissement mental de la ménopause masculine ou féminine entraîne rapidement beaucoup d'individus à des inquiétudes sur leur santé, et un pas de plus, s'installent les préoccupations hypocondriaques... avec la fréquentation de tous les dispensateurs et prometteurs de santé.

A côté de ces cas, que l'on pourrait dire presque normaux, sont ceux des gens dont le « moi » a tendance à s'hypertrophier : égoïstes ou égoïstes, naïvement convaincus que la terre et le monde tournent pour eux.

En médecine mentale, ces hypocondriaques appartiennent à un groupe que Morel et Magnan ont très justement dénommés, d'après le caractère dominant de ses membres, « Héréditaires dégénérés », avec ce correctif dû à Magnan, que l'on peut hériter de soi-même : c'est la boule de neige devenant avalanche, alors, mais les vrais héréditaires ont une hypocondrie constituée d'emblée, et, comme beaucoup de processus héréditaires vrais, se manifestant dès la puberté et l'adolescence. Ainsi, d'un père, croyant fervent à la Médecine, mais pour qui « tous les Médecins ne sont que des ânes », sauf le préféré du moment, naît une fille qui, un peu tard formée, dès la vingtième année passera de cabinet en cabinet à la recherche (couronnée de succès) de piqûres de toutes sortes (mais sans succès, les piqûres) ! Selon leur degré d'intelligence générale et parfois, mais non toujours, de culture, quantité d'héréditaires s'arrêtent là et ne méritent plus que le nom de déséquilibrés, avec, bien entendu, des degrés dans le déséquilibre.

Mais que l'on suppose des gens pourvus d'une culture seulement primaire (la majorité des femmes), ou seulement de cette culture dite secondaire et classique, primaire en latin et en grec, que l'on a le front de présenter comme générale, parce que presque purement littéraire, c'est-à-dire rudimentaire généralement ; et que l'on songe à la médiocrité fréquente des adeptes de cette pseudo-culture ! N'oublions pas, en outre, que les échelles de Binet-Simon évaluant l'âge correspondant à une capacité cérébrale moyenne pour un âge réel ont été trouvées, dans certains pays étrangers, donner un âge inférieur de un à deux ans aux âges réels locaux, et par conséquent, ranger dans les débiles mentaux une portion trop considérable de la population ; et dans nos campagnes fort reculées il est probable que les échelles de Binet-Simon seraient également sévères.

Alors on ne s'étonnera pas de voir l'hypocondrie presque

normale ou déjà malade inciter une masse de gens à courir chez les prometteurs de guérison : manquant de critères dus à une certaine culture scientifique minima, pénétrés du sentiment qu'étant centres du monde, toutes les exceptions peuvent, sinon doivent survenir en leur faveur, ils ne peuvent du reste estimer telles ces exceptions, puisqu'ils ignorent les lois scientifiques.

Les mots employés pour désigner les notions scientifiques ont besoin d'être précisés, entendus dans un sens étroit : ils sont toujours trop généraux ou trop vagues, paraissant ainsi impliquer des conséquences indéfinies dans les deux sens du mot, indéterminées et illimitées. Faire rentrer les mots dans le cadre scientifique revient à économiser de la pensée, à en éviter la dissipation en des conceptions chimériques, des rêves mystiques, comme celui d'échapper à la mort et à ses symptômes prémonitoires obligés, c'est-à-dire aux maladies.

Plus de science impliquant moins de possible, notre savoir se trouve en somme toujours surestimé ; il vaut moins qu'on ne « croit » : le chien et l'enfant s'efforcent de rejoindre à la course l'automobile qui passe... L'économie des forces s'apprend peu à peu, en même temps que leur concentration fructueuse ; du jeu on arrive à l'action ; le goût du jeu est un signe de puérilité et il est général : c'est un psychisme de la masse des individus qui pourrait se comparer à l'un des degrés de l'échelle de Binet et Simon et menant vers son pied.

Poincaré a notamment insisté sur le résultat de la connaissance scientifique, qui est de définir les impossibilités et de limiter par suite le possible : exemple, l'impossibilité du mouvement perpétuel, bien connu ; la simulation se reconnaît de même à des impossibilités définies par la nosologie positive. Dans les sciences proprement dites, la limitation des possibilités est rendue plus étroite encore par les évaluations numériques. Or, G. Ballet a noté, il y a longtemps, que les déséquilibrés présentaient exceptionnellement de l'aptitude aux sciences, et même parfois de l'inaptitude absolue aux mathématiques et au calcul : tout le monde connaît des gens qui déclarent presque fièrement, comme si c'était un mérite qu'une incapacité : « Oh ! moi, je n'ai jamais rien compris aux mathématiques ! », et ce n'est souvent pas la faute des méthodes d'enseignement. Il ne suffit pas, du reste, d'avoir été polytechnicien pour « y comprendre quelque chose », car le psittacisme sévit partout ou suffit pratiquement souvent, partout également, et les branches de « sciences » des classes secondaires produisent des primaires, lorsque trop limitées au simple but strictement pratique du diplôme à acquérir. L'esprit

primaire, a dit à peu près le doyen Appel, est porté trop facilement à transformer en dogmes son savoir accepté sans critique, c'est une forme de crédulité. Nul doute que ce soit un trait qui appartienne à la majeure partie des individus, éléments des masses (1).

En outre, la signification des termes scientifiques étant plus restreinte que leur sens vulgaire, et celui-ci étant le seul connu ou apparent (lorsqu'il s'agit d'un terme nouveau, d'un néologisme), des erreurs deviennent inévitables de la part de la masse qui est obligée, par ignorance ou insuffisance de documentation que sa paresse ou son impatience lui interdisent de rechercher, qui est ainsi obligée, dis-je, de succomber au verbalisme. Alors on confond un submersible moderne, par exemple, avec le *Nautilus* de Jules Verne, qui n'est sous-marin que de nom, qui n'est qu'un mot, encore moins sous-marin que le fameux bateau construit, monté par Mersenne. Autre exemple, le vocabulaire usité dans le calcul des probabilités où les mots (ex. : *erreur probable* ou à *craindre*) sont pris au propre par des gens trop pressés ou peu avides d'informations sûres : d'où les paralogismes, quand ce n'est pas les sophismes, dont beaucoup de chercheurs se rendent coupables, les métapsychistes en particulier. Ce verbalisme est une des sources les plus formidables des opinions fausses dont s'alimente, se suralimente, la masse des individus qui agissent en conséquence, plus ou moins secrètement, personnellement.

Citons enfin, simplement, le « post hoc ergo propter hoc » et le « cum hoc... », bien connus comme fautifs, mais toujours et inlassablement employés comme s'ils étaient constitutionnels chez l'homme.

On comprend quelle phénoménale différence de langage, malgré la similitude et l'identité des mots, sépare de la masse le tech-

(1) H. Poincaré parle ainsi de cet esprit dogmatique spécial (qu'on trouve chez les défenseurs des miracles des guérisseurs) : « Pour chaque fait (le dogmatique) trouve une explication nouvelle ; comme chacune d'elles n'est qu'à demi invraisemblable, il croira que tout est sauvé, et ne s'apercevra pas que les invraisemblances s'accumulent..., il sera très fier parce qu'il pourra dire : nous avons réponse à tout... »

On voit combien le sens scientifique du mot « hypothèse » est plus étroit, et plus précis que le sens vulgaire, classique. De même celui du mot « expérience » qui, scientifiquement doit impliquer un contrôle « par n'importe qui, n'importe où, avec n'importe quel ou quoi », limité seulement par la suffisance de l'expérimentateur et la nécessité des moyens. Cela, certes, n'est pas le cas des expériences ordinaires auxquelles le nom d'enquête, ou d'interview convient beaucoup plus exactement ; une observation médicale, même bonne, conserve un aspect anecdotique indéniable, le contrôle n'en pouvant être que sommaire : alors, quand il s'agit d'examen de guérisseurs !...

nicien, le médecin, du moins celui qui n'est pas un Knock digne d'être client, des malades vrais ou imaginaires, hypocondriaques. Est-il besoin de rappeler que le commun des mortels, de la masse, n'a pratiquement pour informateurs, encore qu'il traduise ce qu'il entend en son propre moule, que les vulgarisateurs. Ceux-ci, ou ne proclament que « merveilles et révolutions » de la science, car profondément étrangers à son histoire, ou bien, si aptes à juger correctement, ils cherchent comme on dit à se mettre à la portée du public, en bêtifiant littéralement, à la manière des nourrices avec les tout petits, cette « portée du public » étant positivement un néant, la plupart du temps.

On voit que dans ce que nous appelons « psychologie des masses », l'élément personnel, individuel, interne, est prééminent, et c'est lui qui dirige en certains cas l'activité de l'individu isolé, alors que dans la psychologie des foules, c'est une action extérieure, externe, qui détermine une activité groupant les individus. Sans doute, habituellement, « foule » et « masse » ont des sens équivalents, mais pour distinguer les deux modes d'activités, on est conduit à limiter et à particulariser le sens de chacun : un néologisme tiré d'une langue morte prêterait à la même remarque, aussi avons-nous cru inutile d'en créer un.

Si l'on peut trouver des cas où une différence de terminologie ne semblerait pas absolument nette, du moins en ce qui regarde l'élément entièrement personnel, individuel, intime, qui porte aux préoccupations de santé et à l'hypocondrie plus ou moins justifiée, aucune difficulté n'apparaît à admettre que cet élément extrêmement répandu ne mène à la recherche de soulagement et de guérison auprès de gens dont le vocabulaire, le verbalisme, est le même que celui du consultant, par suite de la même ignorance de tout ce qui se rapporte à la médecine : la seule différence est que le consulté a la supériorité pratique de bénéficier de l'égoïsme du consultant qui veut pour lui seul au minimum un miracle.

Or, un ouvrage vient de paraître, sorti de la plume de Marcel Réja, doublement autorisé par ses qualités de médecin et de psychiatre, qualités qui s'allient chez lui au littérateur de carrière préférée.

« *Au Pays des Miracles* » — c'est le titre — est une importante contribution à ce que l'on peut appeler la psychologie des masses.

Explorons donc le « Pays des Miracles », en prenant pour guide sûr et d'élection l'ouvrage de Marcel Réja. L'enquête de

l'auteur, croyons-nous savoir, a été poursuivie durant plusieurs années et tous les documents extrêmement caractéristiques recueillis ont dû être filtrés, résumés et de bien bizarres seront sans doute offerts bientôt aux curieux. Actuellement, nous possédons du moins des échantillons typiques des variétés de guérisseurs et de leurs clients. Rien d'une compilation, naturellement, c'est une suite de véritables présentations cliniques, rapides et extraordinairement vivantes où le côté humoristique n'est pas oublié : on est heureux de retrouver tout entier l'auteur de « L'Art chez les Fous », qui reste l'un des meilleurs ouvrages sur la matière, à la fois pour le choix des documents et leur présentation autant technique et spéciale qu'esthétique et générale. De même que nous avons vécu parmi les fous artistes, de même aujourd'hui Réja nous fait vivre, et avec une intensité tout à fait remarquable, parmi le peuple innombrable des guérisseurs.

Une classification était nécessaire, qui, sans être étroitement systématique, groupe les guérisseurs en Mystiques, Empiriques, Magnétiseurs, Médiums et enfin, Fantaisistes : c'est, on le voit, un clinicien et non un théoricien qui œuvre en cette affaire. Aussi ce sont les cas, les espèces qu'il faut considérer et nous citerons quelques-uns des exemples les plus curieux que l'on nous rapporte dans un ouvrage où tout est singulier, et très particulièrement intéressant, dans le détail.

Tout d'abord le menu fretin des guérisseurs : barreaux, souffleurs, panseurs,... selon les régions. Ils sont extrêmement nombreux : pas de village peut-être qui n'ait les siens ou les siennes, pour les humains ou le bétail, contre : brûlures, plaies, fièvres, morsures de bête supposée enragée, ou de serpents tous baptisés vipères, estomacs décrochés, entorses, etc...

Ils jouissent d'une certaine estime, mêlée parfois de crainte, car on les soupçonne un peu de jeter des sorts, particulièrement s'ils ont mauvais caractère, ce qui est très rare. Réja fait remarquer, ce qui est exact, que leurs services sont gratuits, pécuniairement s'entend ; mais il croit à une tradition qui imposerait la gratuité. On n'en est pas très convaincu ; peut-être est-ce surtout une habitude de ne pas payer ; d'abord, avant la guerre, l'argent n'était pas très commun dans les vraies campagnes, ensuite le consultant n'est pas sans constater que le service rendu ne coûte rien au panseur qui marmotte quelques paroles ou barre de signes de croix, ou souffle sur le mal ; ensuite le résultat bienfaisant n'est pas tellement évident qu'il puisse être escompté et payé d'avance ; enfin, si l'on veut un peu prétentieusement parler ethnologie, le paysan ressemble, sous ce rapport

peut-être aux nègres africains qui tendent la main au médecin qui les a guéris « parce qu'ils l'ont bien voulu », disons pour nos ruraux : « parce qu'ils ont montré de la confiance » au panseur consulté, alors qu'ils auraient pu aller chez un autre, tant il y en a. Et puis tout n'est pas rose parfois chez la barreuse : témoin la scène désopilante que l'auteur (et consultant) nous conte avec sa verve coutumière (sorcière parisienne).

On rencontre au « Pays des Miracles » le marcoult, peut-être autrefois un « marqueur » proche parent des barreaux, peut-être aussi un ancien « *marescalcus* » mérovingien qui, las de soigner les chevaux (en breton *Marc'h*) s'est décidé à sévir « sur le monde », car certains ne sont pas dépourvus de prétention : tel celui qui « se livre au travail influé sensitivo-métaphysique après des études de télépathie fluïdique auto-suggestive à distance... »

À côté du « père Lapurge », le « fou guérisseur » se range dans les immédiatement dangereux ; l'aventure du fou (évadé), de l'aliéniste et du commissaire opportuniste intéressera les psychiatres d'asile.

Sinon bienfaisantes, du moins inoffensives pour les hypochondriaques, sont les pratiques du culte Antoiniste, sorte de méthode Coué, mais plus semblable à la Christian science ou encore à la Christian Church américaines qui prétendent agir par auto-suggestion, comme s'il y avait besoin de suggestion pour guérir des maux imaginaires !...

Quelques professionnels ne dédaignent pas le métier de guérisseurs, sans avoir à inventer une nouvelle religion. Tels le curé gynécologue, muni d'une théorie et de 98 fioles et surtout le fameux, loin de son Berry, curé de R...-les-Bois (service spécial d'automobiles), herboriste diplômé, distillateur et donneur de consultations gratuites (mais gratuits ne sont pas ses paquets d'herbes choisies parmi les tout à fait inoffensives). Grâce à ce dernier, nous savons que si ses concurrents laïques obtiennent des résultats « incontestables », ce n'est que par des moyens « diaboliques ». Parmi les moyens non diaboliques, du point de vue du curé herboriste, sont à ranger les pèlerinages, soit universels ou en passe de le devenir, comme Lourdes et Lisieux, soit les locaux, comme les Vierges noires et certain saint du Berry, celui-ci particulièrement pittoresque sous la plume de Réja...

Mais il faut se borner... malgré l'envie de citer : ils sont trop !

Que devient la Médecine en cette affaire ? La Médecine n'est pas oubliée des guérisseurs et les guérisseurs s'entendent parfois parfaitement avec les médecins. D'abord la Médecine.

Passons sur la dormeuse coxalgique, qui moyennant les noms, prénoms et résidence du malade, (et cinquante francs), diagnostique la maladie passe-partout (*id est* la tuberculose) mais qui, pour elle-même, se fie entièrement à son médecin. Très caractéristique, le cas du « Père Saule », ce jardinier d'un château qui a acquis une solide réputation de guérisseur des chiens mordus par la vipère. Réja lui rend visite, car il en espère la recette du remède antivenimeux. Lisons...

« S'il la connaît ! et sans me laisser le temps de respirer, il énumère les quatre plantes bénéfiques... Vous faites cuire tout cela dans du vin blanc, vous saupoudrez de poudre noire...

Et, continue Réja, comme je m'extasie sur la difficulté de faire boire cette tisane à des chiens : « La tisane, s'apitoie le Père Saule, la tisane... mais mon pauvre Monsieur, j'ai toujours sur moi du sérum de Calmette !... et une seringue toute prête... — Du sérum de Calmette ! — Ou à défaut, de l'acide chromique au centième... C'est très bon aussi, vous savez ! ».

Certaines spécialités pharmaceutiques semblent avoir la faveur des guérisseurs, ce qui prouve une publicité bien comprise et sans lacunes.

Ne parlons pas de la question « diagnostique » : « Le diagnostic se fait d'après ce qu'on dit : c'est facile, c'est dans la nature ! » ou : « Ça ce voit bien : les gens disent ce qu'ils ont ! » D'autres ont un procédé assez ingénieux : ils demandent une mèche de cheveux. Ainsi sont-ils à peu près renseignés sur le sexe et surtout sur l'âge du consultant absent ; et pour parler mal de reins (voyez la quatrième page des journaux pour le développement), artériosclérose, ménopause, congrûment et en termes vagues, il n'en faut pas plus, certes.

Alors que le médecin utilise divers procédés de diagnostic, les guérisseurs ou voyants se bornent à un seul et unique procédé. Mais comme il n'y a pas, ou seulement exceptionnellement, de maladies d'organes, que très généralement on n'a affaire qu'à des maladies d'évolution (d'âge si l'on veut), des troubles de nutrition, au sens de Bouchard, on doit s'attendre, par un seul coup de sonde, à des rencontres justes pourvu que soient utilisées les données de la médecine courante, statistique, vulgarisée, popularisée par la réclame pharmaceutique, les courriers médicaux des quotidiens, les manuels sur la santé par les simples, en attendant le médecin, et autres, tous avec des milliers d'attestations !...

Les mireurs d'urines font ainsi des vagues diagnostics ; de même la renifleuse de gilets de flanelle, mouchoirs, linges inti-

mes, encore humides de leur toute fraîche saleté. Rien de sorcier dans cela. Et à défaut du consultant ou de ses excreta, il y a l'art de faire parler des intermédiaires. C'est là le triomphe ; les faux malades du salon d'attente, les chauffeurs, les automédons, les domestiques d'hôtel sont de pratique évidemment courante. Mais il y a des trucs ingénieux : par exemple, l'intervention du mari, qui fait semblant de s'opposer à la consultation de l'épouse soi-disant fatiguée et reposant dans la pièce voisine, et qui finalement se laisse apitoyer à la description des souffrances du candidat consultant ; il y a la voyante retranchée derrière un lac de boue, mais d'obligeants porteurs (quatre francs) sont là, avec qui prise de langue est facile, et la télégraphie, genre Chappe, sans fil absolument, doit marcher à fond, on le devine. La prestidigitatation prime la médecine, simplement.

Maintenant, les médecins. Les médecins ? Il y a ceux qui prennent la chose du mauvais côté. Mais ils ne sont pas intéressants, car ils n'habitent pas, somme toute, le pays des Miracles, ou plutôt, ils y sont comme des étrangers, sans droits, sans voix, ou presque, dans cet étonnant pays : résignés ou protestataires, « ils sont des négateurs de parti-pris », selon le jugement des métapsychistes et aussi, hélas ! selon celui des juges auxquels ils ont la candeur de recourir.

Certains médecins s'adaptent. L'un assistera la renifleuse ; l'autre cachera son diplôme, et ingénument proclamera reconstituant énergique le bouillon de lapin, croyant ainsi, sans doute, frapper l'imagination de pseudo-malades qui en sont dépourvus, mais il est convenu que l'illusion d'un cerveau foncièrement mal réglé doit s'appeler imagination ou auto-suggestion : effet de la littérature...

Un troisième se résignera et finira par consulter pour son propre compte le sieur Lavinasse. S'il en revient complètement stupéfait, du moins il récoltera bientôt comme cliente l'épouse du dit Lavinasse et apprendra alors, le truc de l'ivrogne guérisseur, truc simple comme l'œuf de Colomb, naturellement. L'anecdote nous est contée de façon savoureuse.

De plus grande signification au sujet des rapports entre guérisseurs et médecins, est le cas que Réja intitule la « voyante qui voit ». On y découvre de l'inattendu : non pas une collusion, non pas une association, non pas une coopération, mais comment dire ? une sorte de confraternisation, le médecin traitant la voyante presque comme un confrère ; le médecin se servant de la voyante comme il se sert à l'occasion du chimiste et du biologiste, du pharmacien. Le cas est à étudier, car, que des esprits

cultivés, et, quoique la médecine soit encore au rang d'un art, c'est-à-dire en enfance, initiés à des méthodes, des disciplines que l'on peut ranger parmi les scientifiques, que de tels esprits, disons-nous, se laissent circonvenir au point d'être convaincus que des voyantes peuvent être utiles, c'est pousser bien loin la croyance au sens clinique ; il doit y avoir autre chose. Ce quelque chose, nous nous excusons de le voir dans les paralogismes, les faux raisonnements, les « hiatus logiques » qui, en général, captivent tant les adeptes indécis ou déclarés de la Métapsychie. Nous examinerons brièvement, tout à l'heure, la série d'affirmations fausses qui ont trompé les métapsychistes « de raison », ceux de « tempérament » n'ayant cure de raison et de ce qui y ressemble. L'ouvrage de Réja présente le résumé exact de cette suite d'affirmations, mais il nous semble qu'il y a plus chez des médecins et que ce n'est pas sans remède.

Examinons ce cas de « la voyante qui voit »... (regrettons avec Renan le manque de point d'ironie).

C'est une voyante générale, sauf en ce qui concerne les siens ou elle-même, et particulièrement douée pour la maladie ; elle reçoit les malades, mais aussi leurs cheveux et leur écriture. Ses oracles sont souvent vagues : on a vomé ou on vomira, on donnera du fil à retordre à son médecin, ou bien on en a donné!...

Autre oracle du genre « à tous coups l'on gagne », comme dit Réja, celui où elle vaticine que la malade a été jusqu'ici mal soignée ; X... y voit une allusion à son prédécesseur Z..., mais Z... n'y verrait-il pas une non moins nette allusion au traitement prescrit par son successeur X..., à moins que les hypocondriaques, clients habituels des guérisseurs, ayant toujours consulté, foule de médecins, Z... et X..., ne s'accordent contre Y...

Il lui arrive aussi, devant des cheveux d'un genu-valgum, d'apercevoir immédiatement de la fièvre, une tête en feu, et de s'arrêter sur « quelque chose dans le sang » qu'elle voit lourd et noir ; il paraît que c'est un mauvais cas pour les voyants qui, semble-t-il, ne seraient pas sensibles aux infirmités et à la bonne santé, on ne sait pourquoi, à moins que ce soit une façon d'éliminer des statistiques des erreurs, elles, trop voyantes (1).

(1) Il est évident que l'allégation d'un « mauvais cas » n'est qu'un prétexte car, au contraire, rien n'influe autant sur le psychisme d'un individu qu'une infirmité. On fabrique de toutes pièces un raisonnement du type connu : ma main est dans la lune et la lune dans ma poche, donc ma main est dans ma poche. Ici, c'est : il y a des sensations métagnomiques, mais les infirmités n'en produisent pas ; donc les voyants ne doivent voir que rien ou mal. Alors pourquoi voient-ils de la fièvre qui n'existe pas et ne

Mais elle a une prédilection pour les « reins », sans que l'on sache si elle entend par là plus ou moins que la réclame connue d'une panacée qui semble avoir frappé d'autres « devins » de son genre. Du reste, à propos d'un mal de Pott lombaire, elle n'en parle point. Mais à propos d'un homme atteint de « troubles morbides obscurs », elle aurait ainsi élucidé le diagnostic, car le médecin opina pour Addison. « fruste » ! Même rayon de lumière sur le cas d'un « petit rentier » pour lequel, apparemment, le Bright était latent. Avec cheveux ou sans cheveux, ces « diagnostics », qui ont séduit un praticien, ne semblent pourtant pas miraculeux à qui possède quelques notions de physiologie générale, ou de pathologie *idem* : Une mèche de cheveux donne très approximativement l'âge, et même l'âge des artères, et cela suffit à faire un diagnostic dans les cas « frustes » ; on sait que les petits signes du brightisme ne sont autres que des signes d'artériosclérose générale prenant l'essor, de ce que Lancereaux appelait, faute d'un mot plus court, l'herpétisme ; mais Lancereaux ne donnait pas dans la manie des clients qui veulent n'avoir qu'un organe malade et qu'on leur spécifie lequel, alors que Dieulafoy fabriquait une pseudo-pathologie *ad hoc* qui a leurré l'esprit de plusieurs générations de futurs praticiens dont les malades proclament de soi-disant erreurs de diagnostics, selon que l'on opte pour leur cœur ou leur rein, leur estomac, ou...

Si certains médecins donnaient moins dans cette médecine de clients, nous semble-t-il, ils ne butteraient pas sur les maladies d'organes, et les voyantes n'auraient plus à faire des diagnostics locaux qui séduisent ces médecins : c'est une question d'enseignement qui est donc à la base du jugement favorable accordé sans réflexion aux faiseurs de faux miracles, ce qui entraîne à des recherches sans solution sur de faux problèmes, tels la métagnomie, ou la mécanique mantique, leur origine, et à de faux raisonnements pour y arriver. On ne nous parlerait pas du mélange de précisions étonnantes ou troublantes avec des assertions douteuses et des omissions regrettables.

Lorsqu'on présente des drogues à un candidat pharmacien, et

produit rien, par conséquent ? On donne pour raison qu'un genuvalgum n'atteint pas un organe essentiel : bon ! mais le sang est bien un organe essentiel, et la soi-disant voyante le déclare malade. On a l'impression très nette que la « voyante qui voit » aligne des mots au hasard, sachant bien que le consultant la fera gagner quoiqu'elle dise, pourvu qu'elle débite de vagues généralités, comme tout le monde pourrait en énoncer, ne sachant rien ou parlant en ventouseur, en infirmier, en dame de Croix-rouge : car qui n'a pas quelques connaissances que l'on puisse dire « médicales » ?

qu'au lieu de bisulfure d'étain, je suppose, il déclare « fleur de soufre », on lui marquera un « à faux » total, sans relever une précision (couleur jaune) à côté d'une assertion douteuse (soufre pur au lieu de soufre combiné) et d'une omission regrettable (l'étain) ! Ce procédé serait absurde. Réja reconnaît qu'un candidat se ferait recaler haut la main, avec les diagnostics de la voyante : on ne saurait mieux dire.

Certainement, il y aurait à instruire les médecins dans la connaissance de la précision véritable pour les amener à rejeter comme tout à fait faux ce qui n'offre pas un ensemble exact et vrai, les dixièmes de diagnostics, c'est-à-dire, l'énoncé d'un seul symptôme vaguement exprimé. Par exemple, dire qu'une malade est vue rendant « des choses noires » n'est pas préciser partiellement un cancer intestinal, attendu que n'importe quel constipé en rend autant, et autant le mangeur de pruneaux, l'anémique mis au fer, le coliquard mis au bismuth, ou le typhique faisant du « goudron ». Le vague des termes est interprété à tort, avec « hiatus logique », dirions-nous, dans un sens « sympathique », quoique prétende Réja, par le médecin approbateur des voyantes.

Il existe des médecins poètes et le cœur des poètes a toujours débordé de candeur. D'où leur attitude indifférente devant des sophismes, comme disent les manuels de logique, des hiatus logiques, par « ambiguïté des termes » et par « dénombrement imparfait » ou « énumération incomplète » dont ils font bénéficier la voyante « de choses noires ».

On rencontre, au sujet des guérisseurs, chez les métapsychistes déclarés, de parti pris, a-t-on envie d'écrire, des assertions totalement fausses, sans accommodements possibles. Réja nous résume en passant, car il répugne au didactisme tout en tâchant à être complet et presque impartial, l'argumentation capitale qui risque d'entraîner les lecteurs non prévenus et confiants, tellement les métapsychistes sont péremptoirs dans leurs plus aventurées affirmations.

On prétend raisonner ainsi :

- a) les faits de voyance sont rigoureusement constatés ;
- b) le nombre des réponses justes dépasse de beaucoup celui qu'eût fait prévoir le calcul des probabilités ;
- c) donc, ni supercherie, ni hasard : quelle autre hypothèse nous reste, sinon celle d'un pouvoir spécial, la cryptesthésie, par exemple ?

Eh bien ! Tout en regrettant d'avoir à le dire, il faut bien le

dire, poliment, sans doute, mais le dire tout de même, le raisonnement précédent n'est qu'un faux, absolument faux raisonnement, dans l'ensemble et dans le détail (1).

DANS L'ENSEMBLE ? — L'application du calcul des probabilités aux « faits » en question est incorrecte. C'est, en effet, aux seuls faits, dits scientifiques, que ce calcul peut s'appliquer (et encore pas toujours) : le fait scientifique est une « espèce » parmi les faits vrais. Borel (*Le Hasard*) à propos de la distinction en question par laquelle « bien des sophismes et des paradoxes seraient évités », dit ceci : « Beaucoup d'esprits, par ailleurs excellents, s'imaginent qu'il n'est de vérités, que des vérités particulières auxquelles ils donnent le nom de faits... et qui sont sans intérêt scientifique. »

Poincaré (*Sci. et Hypoth.*) explique ainsi la différence du fait brut et du fait scientifique : « Carlyle a écrit : le fait seul importe ; Jean-sans-terre est passé par ici ! Voilà qui est admirable, voilà une réalité pour laquelle je donnerais toutes les théories du monde ! C'est là le point de vue de l'historien. Le physicien dirait plutôt : Jean-sans-terre est passé par ici. Cela m'est bien égal, puisqu'il n'y passera plus !... » On ne saurait mieux opposer le fait scientifique et le fait historique, anecdotique, qui peut être vrai et rigoureusement constaté, mais rester sans intérêt au point de vue scientifique, le seul qui puisse concerner le calcul des probabilités. Borel remarque même que la vérité scientifique n'est pas, parfois, un fait « constaté » ; par exemple, dans la mesure d'une longueur : si l'on a trouvé, constaté, 3.647, 3.648, 3.649, encore 3.649, puis 3.651, 3.652, 3.654 : la mesure scientifique, le fait scientifique est la moyenne de ces mesures constatées, soit 3.650, qui n'a pas été constaté.

Revenons sur la difficulté d'une répétition provoquée dans une expérience ou observée après prédiction ou prévision, qui distingue le fait vrai, mais historique, ou anecdotique, du fait scientifique : car c'est là que gît le lièvre, et les métapsychistes doivent en convenir ; c'est la répétition provoquée ou prévue qui manque aux faits qui les intéressent. Réja nous rapporte l'avis du métapsychiste Marestan : « Ce qui est décevant dans le domaine de ces faits étranges, c'est qu'il est difficile de les provoquer à volonté, qu'ils se présentent rarement en série et se dérobent à l'instant même où l'on croyait le mieux pouvoir les présenter à autrui. » Les métapsychismes n'ont donc que le

(1) Voir aussi notre article « Quelques métapsychismes ». *Hygiène mentale*, 1931.

caractère historique, anecdotique, et non le scientifique, puisqu'il faut bien employer ce mot, agaçant peut-être par sa nécessité.

C'est donc la fausse analogie entre « bien constaté » et « scientifique » qui ôte toute valeur à l'ensemble du raisonnement, qui le fausse : les propositions *a*) et *b*) ne sont pas compatibles entre elles. Redisons que ce point est absolument capital et constitue une sorte de question préalable à opposer à la réunion des deux premières affirmations des métapsychistes.

DANS LE DÉTAIL, avons-nous dit, le raisonnement prétendu ne porte pas non plus. En effet, l'affirmation *b*) est complètement fausse et fautive, non pas en ce qui concerne le nombre des réponses dites justes que l'on nous garantit œuvre des voyants, mais fautive parce que jamais, au grand jamais, le calcul des probabilités n'a eu la prétention de fixer un nombre devant être atteint et ne devant pas être dépassé, en opérant par hasard.

Il peut arriver que des sortes d'aide-mémoire sur le calcul des probabilités parlent d'erreur probable, sans plus ; mais ces aide-mémoire supposent une connaissance antérieure du sens exact de cette expression, qui sous-entend « une fois sur deux » (ou sur trois, sur dix, etc.).

Or, l'erreur probable (une fois sur deux) ou à craindre (toujours une fois sur deux) n'implique pas du tout, soit qu'elle sera pratiquement atteinte, soit qu'elle ne sera pas dépassée, même si l'on opère sur de grands nombres, de très grands nombres : et encore, ne faut-il pas oublier plusieurs conditions restrictives, autres que la loi des grands nombres, et non négligeables.

Le calcul d'une probabilité implique toujours celui de la probabilité inverse, et le calcul est indifférent au choix qui sera fait de l'une ou de l'autre par les « faits ». On a beau ne posséder qu'un seul du million de billets d'une loterie, cela n'empêche pas en pratique de gagner le gros lot. Le calcul des probabilités calcule qu'en moyenne sur un nombre astronomique de coups : la rouge a autant de chances que la noire de sortir à la roulette ; et puis après ? — En pratique (Tournoi Maxim-Rosslyn) sur 1.044 coups, la rouge est sortie 518 fois et la noire 526 ; puis, sur 2.999 coups, il y eut 1.440 rouges, contre 1.559 noires. Le calcul des probabilités peut calculer la probabilité de l'écart entre ces nombres et la moitié de 2.999 ; mais encore une fois, et puis après ? On calcule que, au bout de 2.999 coups, la probabilité de l'écart constaté est de une chance sur seize, donc bien différent

de l'erreur dite probable, ou à craindre une fois seulement sur deux. Encore mieux : sur quatre concours de médecine, un candidat rencontrera *trois fois de suite* la question : pleurésie purulente. Va-t-on prétendre que les prévisions prêtées si généreusement et imprudemment par les métapsychistes au calcul des probabilités ont été là dépassées ? Le calculateur de probabilités demandera combien de questions de pathologie ont chance d'entrer dans l'urne et on lui répondra : une soixantaine environ ; très bien, dira-t-il ; alors la sortie d'une même question trois fois de suite a environ une chance sur $60 \times 60 \times 60$ ou 216.000 de survenir et le candidat a eu cette chance, mais il devra attendre 216.000 concours avant que cela se reproduise, *à moins que* cela ne survienne encore dans un quatrième concours et alors il faudra presque treize millions de concours avant que le candidat retrouve une pareille chance (si c'est un chance), *à moins que...* etc... Le calcul des probabilités ne fixe pas l'arrivée d'un événement au milieu, plutôt qu'à la fin, qu'au début, ou autre part de la série de coups plus ou moins longue qu'il permet de calculer : Ses « prévisions » ne risquent aucun « dépassement » !...

On voit, pensons-nous, très nettement, la fausseté totale de la proposition b) des métapsychistes, et l'on ne peut que les convier, oh ! amicalement, respectueusement, à se renseigner exactement sur le calcul des probabilités qui semble n'apparaître dans leur pseudo-raisonnement que pour colorer de science exacte une conclusion de parti pris, *à priori*. En outre, l'aventure, parfaitement authentique, du candidat associé à la pleurésie purulente, sans supercherie possible, montre que ce « fait rigoureusement constaté », rentre dans la catégorie des anecdotes sur les bizarreries des concours, que c'est un fait qui peut enchanter un Carlyle, mais qui ne saurait attirer l'intérêt scientifique d'un Poincaré.

Il ne faut pas accabler les gens de reproches sans leur montrer le bon chemin, et nous avons déjà dit que la notion « d'erreur probable » (une fois sur deux) avait pu tromper les métapsychistes un peu prompts à conclure à leur goût. N'y a-t-il pas une autre source d'où proviendrait l'erreur si énorme des métapsychistes, erreur à laquelle on doit chercher des excuses ? Pensons à l'interprétation fautive d'un fait qui paraît être l'extension, d'ailleurs peu légitime, de la méthode psychophysique utilisée dans l'étude de la sensibilité sensorielle, et dite des « cas vrais et des cas faux ». On pourrait, en effet, à condition de juger les diagnostics des guérisseurs chacun par vrai ou faux,

chercher à titre d'indication les pourcentages pour une maladie ou un tempérament donnés, méthode qui exige quelques centaines d'essais pour chaque expérience. On sait que l'on est convenu de demander alors au moins 75 0/0 de réponses justes (au moins, parce que certains auteurs exigent plus de 85 0/0), pour en regarder le résultat comme capable d'indiquer seulement le « seuil » sensible, c'est-à-dire l'indication du minimum de l'appréciable. Mais pour se faire une opinion bien nette, il est évident que ce n'est ni 75 0/0 (seuil de l'opinion), ni même 85 0/0 de réponses justes qu'il faudrait obtenir des voyants : en aurait-on 90 0/0 que cela ne prouverait pas encore grand'chose (1).

Ce n'est pas parce que la méthode des cas vrais et faux emploie accessoirement des tables de probabilités qu'il peut être correct de dire que le calcul des probabilités fixe une proportion de réponses justes (que ce soit 90 ou 85 ou 75 0/0), au-dessus de laquelle il est permis de conclure que le nombre des bonnes réponses dépasse les prévisions de ce calcul. Surtout qu'il y a la condition que la méthode psychophysique en question n'admet point des fractions de justesse ou de fausseté dans l'évaluation des réponses. Par conséquent, l'inconséquence des métapsychistes apparaît encore plus nettement lorsqu'ils parlent de hauts pourcentages constatés sur un voyant en fragmentant les réponses qu'ils en obtiennent pour y arriver, par « coups de pouce » illégitimes. Encore, faut-il rappeler que l'on ne doit additionner que des éléments de même nature, concernant, par exemple, un seul voyant et une seule maladie : le calcul des probabilités ne peut que conduire à des conclusions illusoire, si ces conditions ne sont pas remplies. C'est le cas de rappeler le principe des observations probantes plutôt que nombreuses : *non numeranda sed ponderanda sint experimenta*.

Autre argument inattendu au bénéfice, paraît-il, des métapsychistes ; le hasard serait à écarter parce que les guérisseurs ou voyants donneraient chacun une proportion constante et caractéristique de réponses justes ; or, c'est une proportion constante pour un certain jeu de hasard, et qui le caractérise, qui définit la probabilité de gain ou de perte à ce jeu : l'argument est donc absurde et sans portée (2).

(1) Rappelons, comme fait topique, combien sont encore loin de la certitude, les prévisions météorologiques qui se réalisent pourtant en fait avec une fréquence d'environ 90 à 95 0/0.

(2) Les métapsychistes disent que cette proportion de réponses justes est (à leurs yeux) énorme. Mais, d'une part, nous avons montré qu'ils se contentaient de diagnostics partiels, et que c'était de mauvaise méthode ; d'autre part, que la chance pour un voyant de paraître gagner à tous coups

On observera que c'est un trait de la psychologie des masses, que la recherche du moindre effort ; que, par suite, il est plus adynamique ou apathique, soit de rester dans le doute au mol oreiller, soit de proclamer que l'on ne sait pas tout, afin de se dispenser d'apprendre ce qui a été acquis par d'autres à grand'peine, quitte à en parler comme un aveugle des couleurs (exemple, sur les probabilités). La complaisance dans le moindre effort explique le succès des théories fondées, si l'on peut dire, sur des « forces » mystérieuses qui ne demandent aucune connaissance préalable, aucun travail ; cela fait songer à ces petits enfants qui, lorsqu'ils apprennent à écrire, inventent de nouvelles lettres pour remplacer celles qui leur déplaisent et leur semblent trop difficiles à imiter.

C'est le moindre effort qui fait négliger la recherche d'une explication tirée des connaissances acquises de faits assez simples au fond, mais qui, faute de les regarder comme tels, sont considérés comme étranges, troublants, etc... On peut appeler cela amour du merveilleux, stupéfaction devant le réel ; mais le résultat est, qu'ayant postulé l'étrange, on se trouve comme embarqué dans le mystère et le mystique, dans le sophisme et le paradoxe, comme dit Borel, alors qu'il n'est même pas besoin, la plupart du temps, d'invoquer les jeux de la Nature ou « les farces du nommé Hasard », et les « fantaisies de la fallacieuse coïncidence », selon Réja. A remarquer que l'on ne parle jamais de télépathie lorsque l'inévitable pensée d'un malheur chez la femme d'un pécheur

n'était pas négligeable, au contraire. Alors nul inattendu de trouver, de cette façon, des pourcentages élevés, quoique ce pourcentage soit parfois bien faible au pays des miracles ! Ainsi, à Lourdes, le bureau de contrôle ne reconnaît que quelques miracles certains, à son avis, chaque année, trois, sauf erreur, par exemple, pour 1929, et cela, sinon sur 600.000 pèlerins, au moins sur quelques douzaines de milliers de vrais malades : proportion manifestement peu énorme.

Du reste, si, partant de la proportion élevée attribuée aux guérisseurs, l'on tient avec les métapsychistes, à se livrer à la recherche de ce qu'on appelle la probabilité des causes, problème dont le sens fallacieux est bien reconnu par les spécialistes (Bertrand, Poincaré, Borel, Choissard, Bouasse, etc...), point n'est besoin de recourir à une mystérieuse interaction puisque, ou le malade, l'hypocondriaque habituellement, est en vue du guérisseur, ou que son âge est approximativement connu par la mèche de cheveux, par un spécimen d'écriture, que les réactions du consultant, ou de l'enquêteur, si faibles qu'elles soient, peuvent être vues du guérisseur ou du voyant ; ce dernier, par exemple, n'est pas sans savoir que la tuberculose est extrêmement répandue (selon Calmette, 99 1/2 0/0 des gens de plus de 16 ans en sont infectés) ; il n'ignore pas les réclames de panacées pharmaceutiques des journaux, réclames qui ne sont qu'une vulgarisation par seconde ou troisième main des résultats de la pratique médicale courante ; alors n'est-ce pas chercher réellement midi à quatorze heures que d'invoquer sensations métagnomiques, cryptesthésie, etc... ?

survient pendant une tempête mortelle pour le marin, son mari ; et pourtant, on a évoqué la télépathie pour associer la mort d'un soldat pendant la guerre à un rêve de ses parents ! Les rêves sont des processus dont la périodicité a été bien mise en évidence (Swoboda, Vaschide, Vurpas, Pailhas...), et le séjour aux tranchées était aussi périodique ; de sorte que l'interférence entre ces deux périodicités ne peut pas être attribuée à une coïncidence fortuite (le danger de mort était, à tout prendre, un risque presque continu ou constant). Si des interactivités, des influences radiantés, sont invoquées, c'est par suite du postulat « étrangeté », si commode pour les esprits pressés, que tout étonne parce que tout les surprend et surprend parce que non préparés par des connaissances meublantes antérieures non enfouies dans l'oubli, cette amputation spontanée si fréquente et pas seulement chez les femmes.

La faculté d'oublier, jointe au moindre effort, produit chez les métapsychistes de cœur, de parti pris, des effets flagrants d'illogisme ; eux, qui rétorquent à leurs adversaires qu'ils ne savent pas « tout », se lancent avec une hâte fébrile sur les « forces nouvelles », au lieu de se résigner à ne pas tout savoir ; eux, qui invoquent à tout bout de champ le « fait » et encore les « faits », conservent des explications dont la fausseté est indéniable ; par exemple, on les voit parfois encore invoquer l'action des rayons N, dont l'inexistence est absolument démontrée, sans rémission. En outre, le moindre effort n'exclut pas, chez les amateurs de merveilles, la hâte à exploiter ce que les vulgarisateurs annoncent comme devant révolutionner la science : « Nous croyons parce que ce n'est pas prouvé ! »

Amour du merveilleux et du mystérieux, abandon au moindre effort, faculté d'oubli, hâte à conclure, ne sont pas les éléments où le dernier explorateur du « Pays des Miracles » recherche particulièrement la raison d'être des guérisseurs. Dans sa conclusion, développée et traitée avec un esprit de généralité et une hauteur certaine de point de vue, Réja nous présente les guérisseurs comme les gardiens de la tradition, et cette tradition ne serait autre chose que celle des pratiques magiques, filles d'une mentalité prélogique. Réja consacre deux chapitres à développer ce point de vue, et particulièrement à rapprocher intimement des hommes-médecine les guérisseurs ou voyants contemporains, et à essayer de montrer l'origine du fluide magnétique dans le SA des anciens égyptiens.

Réglons ce dernier point. Sans doute se rend-on compte de plus

en plus que l'Égypte, qui n'a jamais connu de période glaciaire, offrit un terrain exceptionnellement favorable à un développement précoce de haute civilisation parmi les hommes blancs qui en étaient les maîtres. On a pu suivre, rappelle Th. Robinson (*Intr. à l'hist. d. relig.*) l'influence de la pensée égyptienne, non seulement en Europe et en Asie, mais aussi à travers l'Extrême-Orient, jusqu'aux îles du Pacifique, et peut-être en Amérique ; aussi doit-on savoir gré à un auteur de n'oublier pas la « grand'mère » des civilisations gréco-latine et occidentale, encore étouffée, généralement, sous le poids de la conclusion « primaire » de notre enseignement classique : « la Grèce a tout inventé » ! alors qu'elle-même avouait s'être mise à l'école de l'Égypte, aveu qui reçoit chaque jour de nouvelles confirmations.

C'est une grave erreur de croire qu'en Égypte, la médecine était toujours mêlée de magie ou soi-disant. Par une exception bien digne de remarque dans l'antiquité, en Égypte, le médecin passait avant le prêtre ou le sorcier, alors que, de notre ère encore, l'inverse était ailleurs de pratique habituelle, même en Grèce. Comme chez nous et de nos jours, les Égyptiens anciens mettaient, en médecine, le savoir plus haut que la religion et la magie.

Sans doute a-t-on, en égyptologie, sous l'influence d'égyptologues adeptes du spiritisme, traduit certains termes égyptiens dans le dialecte cher aux spirites, et ainsi le SA est devenu le fluide magnétique. Mais, il faut savoir que le SA est la sauvegarde, que « faire le SA derrière la nuque » signifie faire la garde, car la nuque était regardée (elle le fut jusqu'à Lavoisier) comme le siège de la respiration et de la chaleur animale. Donc, rien là qui ressemble à un fluide, surtout magnétique, au sens des spirites : tout au plus pourrait-on comparer le SA au fluide calorifique, à s'en tenir aux textes hiéroglyphiques innombrables qui mentionnent ce SA. Les sculptures et peintures sont des sortes de pantomimes illustrant le texte et le suppléant ; aussi, comme les pantomimes modernes défigurent-elles le langage et la pensée, et en font-elles une espèce de caricature ; lorsque Pierrot simule l'envoi de son cœur à Colombine, le spectateur ne croit pas que le cœur franchit réellement l'espace, ni qu'un fluide cardiaque émane du soupirant. Si les divinités égyptiennes, en particulier les déesses-mères, disent qu'elles ont modelé (Réja rapproche ingénieusement le SA du modelage qui est effectivement représenté parfois) leur protégé, ce n'est qu'une façon de parler, toute pareille au « pulvis es ! » que l'on adresse à un de nos contemporains.

Nous possédons les doléances d'égyptiens dont l'un attribue son hydropisie à la vengeance d'une divinité et l'autre à la ven-

geance de son épouse défunte ; mais conclure de là que tous les Egyptiens croyaient que la maladie était due à la présence d'un esprit est aussi inexact que prétendre que nos contemporains croient que la brûlure est due à quelque esprit, parce qu'un prédicateur a proclamé que la Divinité punit les fautes de ses fidèles, victimes dans l'incendie d'un bazar de charité.

Des contes populaires égyptiens renferment des épisodes que l'on appelle magiques ; mais il faut lire entre les lignes. Un exemple : Il y est question de « magiciens » qui font des trous dans l'eau pour aller chercher ce qui est au fond du Nil. Pourquoi ce prodige, plutôt que celui de faire flotter ce qui est sous l'eau, tout aussi facile ? Parce que « traverser l'eau sans se noyer » correspondait à l'idée que les Egyptiens se faisaient de l'immortalité : il s'agissait de renaître sur terre, périodiquement et indéfiniment à l'état d'enfant (Maspero, Moret), Mès, en égyptien (devenu, selon les philologues, l'hébraïque Moïse, qui signifie « sauvé des eaux », spécifie le chroniqueur hébreu) ; et, par conséquent, de ne pas mourir pendant une grossesse, comme si noyé dans le liquide amniotique... Le trou dans l'eau n'était qu'une forme littéraire de l'idée que l'on se faisait de la résurrection ; il ne faut donc pas prendre la chose au sens littéral et y voir une croyance à la magie normale chez tous les Egyptiens ou presque.

Et puis, que signifie le mot « magie » ? Certains y englobent non seulement toutes les pratiques religieuses de l'humanité, mais même, comme Frazer, dans son si captivant et touffu « Rameau d'or », toutes les coutumes humaines, organisation sociale et familiale, chasse, pêche, vie journalière, etc. ; conception simpliste, mais très fausse, qui a séduit la foule.

Pratiquement, on pourrait dire magiques les pratiques empruntées avec, par suite du changement de langue par exemple, modifications inévitables, à une religion ou à des coutumes étrangères.

Ainsi Réja rappelle la légende de Chladrius, oiseau merveilleux qui, en présence d'un malade, détourne la tête si celui-ci doit mourir, ou bien absorbe la maladie de son bec ouvert, pour aller la rejeter dans les rayons du soleil. Il est facile de reconnaître là une déformation de la métaphysique égyptienne, selon laquelle l'âme (hiéroglyphiée par un oiseau) se rendait dans le soleil, pour assurer au défunt l'immortalité par des renaissances analogues à celles de l'astre à chaque aurore : l'immortalité, par plusieurs vies successives, a été transformée en persistance d'une vie actuelle unique, puis en guérison ; enfin, on y a vu une opération magique dite par transfert, transfert qui a été généralisé par analogie.

Il n'est pas besoin, du reste, de changer de langue, pour que telles déformations se produisent ; l'ignorance ou l'altération des facultés cérébrales nous montre ces déformations ; par exemple, lorsqu'un aliéné interprète ses hallucinations auditives par des téléphones ou des radiophones invisibles. Les Egyptiens accordaient, pour les renaissances, une naturelle importance à la conservation du type, de la forme, surtout de la tête, en combinaison avec le nom ; aussi faisaient-ils faire des statues à l'image et au nom du défunt ; cette pratique a dégénéré en celle de l'envoûtement parce que le sens primitif s'en est perdu chez des inintelligents ou des étrangers adeptes de religions différentes. Et ainsi de suite, pour d'autres coutumes et d'autres croyances, d'autres peuples (1).

Si l'on se fiait à l'opinion de certains guérisseurs, le niveau intellectuel des consultants serait loin d'être élevé : « Tous ces pauvres imbéciles ! », telle est l'appréciation de l'ivrogne guérisseur que Réja nomme Lavinasse. Il ne convient pas, évidemment, de s'écrier : « in vino veritas ». Lavinasse exagère, certes, et beaucoup, quoique en apprenant la simplicité de son truc divinatoire en soit plus que tenté de s'écrier : « Mais c'est idiot ! » Et la même expression s'impose pour d'autres guérisseurs, pour quantité d'autres.

Les consultants prouvent leur infériorité en critique, en jugement, en intelligence des valeurs, par la confusion qu'ils font entre les médecins et les guérisseurs, sinon par la supériorité qu'ils accordent aux seconds sur les premiers. Sans doute la différence apparente des deux genres de praticiens n'est-elle pas toujours bien nette : nous avons parlé des croyants en la médecine, des Knocks dignes d'être clients, et surtout leurs clients, sans parler des médecins occultistes et de ceux qui contrefont les guérisseurs en cachant plus ou moins leur qualité. Cette impuissance à distinguer les médecins véritables des charlatans est incontestablement un indice de faiblesse mentale que l'on doit rattacher à un manque d'équilibre cérébral assez accentué et

(1) On pourra apprécier ce que devient un fragment de religion, aux mains d'un croyant transplanté et mué en guérisseur charlatan, par le cas que rapporte Réja du « Professeur de reconstitution intégrale », grâce au fluide hindou (contre douze cents francs), fluide appelé par ce thaumaturge « prâne » dans lequel il est facile de retrouver le *Prâna* ou souffle aspiré de l'Atharva-Véda, mais contaminé par des notions élémentaires sur l'électricité statique, laquelle était bien ignorée des anciens hindous. Certes, celui-là n'est pas un fidèle gardien des traditions plus ou moins très antiques, lorsqu'il patauge avec le plexus solaire, si l'on ose dire.

ranger dans le groupe des déséquilibrés, que Morel et Magnan ont appelés les dégénérés, d'après les cas de gravité maxima (idioties diverses). C'est chez les déséquilibrés que se rencontrent de préférence les hypocondriaques, que le déséquilibre soit héréditaire ou acquis (par les progrès de l'âge, notamment) : ainsi les consultants des guérisseurs cumulent-ils.

L'intéressant est que ce que nous nous sommes risqué de dénommer psychologie des Masses s'apparente, par la faiblesse d'équilibre mental, à la psychologie dite des Foules et à la psychologie collective, psychologie sociale, psychologie populaire ou du « peuple », car la terminologie est assez vague, comme la chose elle-même. En effet, les rapports de cette psychologie collective avec la psychologie individuelle sont particulièrement méconnus par les auteurs, qui confondent à l'envi les « sauvages » actuels avec les « primitifs » réels, ancestraux ; on a souvent fait observer que les sauvages actuels pouvaient n'être que les dégénérés des vrais primitifs ancestraux, et notre remarque sur les croyants qui recherchent les guérisseurs montre que la dégénérescence des sauvages pratiquant des magies variées n'est probablement pas une pure hypothèse, surtout si l'on fait la part de la culture et donc de l'aptitude à acquérir la culture dans l'appréciation du degré d'intelligence, ce qui nous semble inévitable.

Magnan (avec Legrain) a insisté sur ce point que le dégénéré mental constituait un type nouveau, et particulièrement antisocial à un très haut degré : les aliénés, qu'il faut interner à cause de leur incompatibilité avec l'ordre social font partie presque exclusivement du groupe des dégénérés.

Qu'il ressemble au primitif, cela importe peu, car il en diffère par un côté important ; en effet, le dégénéré complet est un idiot et l'on ne peut soutenir que l'homme primitif ait été un idiot, car si tel il serait mort et ne se serait point perfectionné ; l'enfant idiot qui ne sait même pas prendre le sein ne peut survivre, et le pithécanthrope, si inintelligent qu'on le suppose, en fut sûrement capable. Il ne faut donc pas confondre régression avec évolution potentielle ; or, confondre la psychologie des sauvages actuels avec celle des primitifs est l'erreur fondamentale de tous les auteurs qui s'occupent de psychologie des primitifs et aussi de psychologie collective : ils négligent, pour tout dire, la débilité mentale, qui est une dégénérescence mentale, gravement antisociale, ce qui contredit nettement le postulat que l'infantilisme psychique des débiles mentaux correspond à l'infantilisme de l'espèce humaine, postulat des auteurs qui prétendent que le totémisme américain, joint au tabou australien, est l'image fidèle

des débuts de la pensée humaine, image dont le freudisme fait tant état (1).

Les diverses réactions individuelles que l'on peut distinguer parmi les habitués et habitants du « Pays des Miracles » se résument dans les caractéristiques mentales des individus, selon leur capacité critique ou de culture, selon leur degré individuel d'équilibre cérébral inné (héréditaire), ou acquis par l'âge, conduisant à l'hypocondrie, qui se superpose à cette capacité de critique et de culture : rien de surprenant, en somme, pour qui est habitué à examiner des mentalités individuelles, à les accoucher, car elles se cachent au derrière de la tête des personnes (que l'on excuse cette allusion osée à Vulcain extrayant Minerve du crâne de Jupiter) dont elles constituent le mobile secret du comportement particulier. On ne peut donc les rattacher seulement à ce qu'on a appelé psychologie des Foules ou collective, et c'est pourquoi nous avons parlé de psychologie des Masses, expression détestable à bien des points de vue, et dont nous nous excusons ; mais vu la part de l'hypocondrie dans le succès des guérisseurs, hypocondrie qui n'est à aucun titre un moteur de foules et de collectivités, qui ne possède pas le moindre caractère social, bien au contraire, qui est essentiellement personnelle, il nous a paru utile de se servir d'une expression non encore usée, si défectueuse soit-elle.

Parmi les habitants du « Pays des Miracles », que Réja nous convie à parcourir si agréablement, il ne faut pas oublier ces guérisseurs eux-mêmes et aussi les juges, devant qui les conduisent parfois les médecins. Les guérisseurs nous paraissent exactement au niveau des clients qui les consultent et croient en leur pouvoir : les guérisseurs, et c'est l'avis des juges, font en plus

(1) Si l'on demande comment ont pu dégénérer les sauvages contemporains, on n'a qu'à invoquer l'influence des maladies (paludisme, maladie du sommeil.....) et surtout la sous-alimentation, les famines chroniques. C'est en effet chez les affamés chroniques que l'on trouve le plus de pratiques magiques : en Afrique où la traite qui enlevait tous les travailleurs, condamnait à la famine les indigènes restants ; en Chine, pays de magie, la sous-alimentation excessive a été excellemment mise en lumière dans un livre récent remarquable, par le Dr Legendre, qui, lui, a vécu en plein intérieur du pays : l'Inde, autre pays de magie, est encore une contrée où la disette alimentaire extrême est très habituelle ; citons encore le Thibet, la Russie, etc... La carence alimentaire rend l'homme incapable de travail soutenu, de sorte que ses effets font bouler de neige, surtout lorsque le climat ne se prête pas à l'effort musculaire prolongé (altitude au Thibet, situation tropicale ailleurs, ou climat glaciaire pour les Lapons). Enfin l'hérédité de la dégénérescence ainsi acquise, complète le sombre tableau dû à la maladie, la faim et aussi les guerres.

état de ce que le code dénomme brutalement un crédit et un pouvoir imaginaires. Sans doute tous les tribunaux ne sont-ils pas aussi sévères et trouvent-ils des excuses atténuant la responsabilité des guérisseurs qui exploitent la crédulité d'un certain public : la naïveté de ce public est telle que l'on trouve que « c'est bien fait pour lui ». Toutefois, nous avons cru devoir souligner que l'enseignement de la médecine, trop fervent de la pathologie par organes, donnait barre aux guérisseurs sur les médecins, en semblant confirmer les malades dans leurs conceptions rudimentaires des maladies. Les juges aussi ne perçoivent pas toujours nettement la différence entre médecins et guérisseurs, et, trop souvent, ils donnent, en consultant les seconds, un exemple venu de haut au public naïf et ignorant ; c'est aux médecins à réagir dans le sens nécessaire et à ne pas approuver la même et déplorable attitude en se prétendant « éclairés » par de papelardes et farceuses voyantes ; il est vrai qu'il n'y a guère plus de cent ans, on pouvait contempler à Reims le spectacle édifiant du parangon des chirurgiens, le très digne et très illustre dignitaire, Professeur Docteur Dupuytren, conduisant en personne, sous les mains miraculeusement guérisseuses du Roi Charles X, une troupe de cent vingt et un scrofuleux, avec leurs paquets d'écrrouelles...

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*fondée le 26 avril 1852,
déclarée d'utilité publique par décret du 11 décembre 1867.*

A la suite des importantes modifications survenues depuis le 1^{er} janvier 1931, nous donnons ici la liste complète des membres de la Société Médico-psychologique. Cette liste complète n'ayant pas été publiée depuis 1913 (*Annales Médico-psychologiques*, février 1913), prière de signaler les erreurs, les omissions, et d'adresser toutes rectifications au Secrétaire Général de la Société Médico-psychologique. La Société réunit actuellement 350 membres (1).

BUREAU POUR 1931

Président : M. Henri CLAUDE.

Vice-Président : M. MARCHAND.

Secrétaire général : M. René CHARPENTIER.

Trésorier-Archiviste : M. Raymond MALLET.

Secrétaires des séances : MM. COURBON et DEMAY.

LISTE DES MEMBRES (31 octobre 1931)

Membres titulaires (100)

MM. ABADIE, 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — 29 mai 1922.

ABÉLY (Paul), Asile de Villejuif (Seine). — 30 juin 1924.

ABÉLY (Xavier), Asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1921.

AMELINE, Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 30 mai 1910.

ANGLADE (D.), Asile de Château-Picon à Bordeaux. — 31 juillet 1889.

AUBRY, Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.

(1) Les candidats au titre de *membre titulaire, correspondant national, ou associé étranger* de la Société Médico-Psychologique doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

- MM. BARBÉ, 11, rue de Luynes, Paris (VI^e). — 24 avril 1911.
 BARUK (Henri), 4, rue Cacheux, Paris (XIII^e). — 26 janvier 1931.
 BARUK (Jacques), Maison de Santé de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.
 BAUDOUIN (A.), 5, rue Palatine, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
 BEAUDOUIN (H.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 septembre 1924.
 BLONDEL (Ch.), 7, quai des Pêcheurs, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 21 juillet 1928.
 BONHOMME, 17, rue de Penthievre, à Sceaux (Seine). — 27 novembre 1916.
 BOREL, 4, quai aux Fleurs, Paris (IV^e). — 29 décembre 1923.
 BOURGUIGNON, 15, rue Royer-Collard, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
 BUSSARD, 8, avenue du Onze-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1907.
 BUVAT, 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 27 mars 1905.
 CALMELS, 22, avenue des Gobelins, Paris (V^e). — 25 avril 1927.
 CAPGRAS, Asile Clinique (Ste-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 29 janvier 1906.
 CEILLIER, 20, quai de Béthune, Paris (IV^e). — 28 mai 1923.
 CHARPENTIER (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.
 CLAUDE (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e). — 27 mars 1922.
 CLÉRAMBAULT (G. de), 46, rue Danicourt, à Malakoff (Seine). — 30 décembre 1907.
 COMBEMALE (P.), route d'Ypres, à Bailleul (Nord). — 28 mai 1931.
 CODET, 10, rue de l'Odéon, Paris (VI^e). — 29 décembre 1923.
 COLLET, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 février 1914.
 COURBON, Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 18 décembre 1916.
 CULLERRE (A.), 8, boulevard des Alliés, à La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 juin 1879.
 DANJEAN, Asile public d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 28 mai 1931.
 DELMAS (Achille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 26 avril 1909.
 DEMAY, Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juillet 1914.
 DESRUELLES, Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dôle (Jura). — 26 janvier 1931.
 DEVAUX, 117 bis, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.
 DIDE, Asile de Braqueville, près Toulouse (Hte-Garonne). — 28 janvier 1901.
 DUMAS (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VI^e). — 28 juillet 1890.
 DUPAIN, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (V^e). — 25 juin 1888.
 DUPOUY, 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII^e). — 29 juillet 1907.
 EUZIÈRE, 12, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — 28 mai 1931.
 FILLASSIER, 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 27 juin 1910.
 FRIBOURG-BLANC, 15, rue Fays, à Saint-Mandé (Seine). — 22 décembre 1930.

- MM. GENIL-PERRIN, 99, avenue La Bourdonnais, Paris (VII^e). — 29 décembre 1919.
- GOURIOU, Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 avril 1931.
- GUICHARD, 77, route de Levens, Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- GUIRAUD, Asile de Villejuif (Seine). — 27 novembre 1922.
- HALBERSTADT, Asile départemental de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 24 novembre 1919.
- HAMEL (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
- HARTENBERG, 64, rue de Monceau, Paris (VIII^e). — 24 juin 1907.
- HESNARD, 4, rue Peïrex, à Toulon (Var). — 29 décembre 1923.
- HEUYER, 74, boulevard Raspail, Paris (VI^e). — 27 décembre 1926.
- JANET (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VII^e). — 28 janvier 1895.
- KAHN (Pierre), 38, rue Parmentier, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 29 décembre 1921.
- LAGRIFFE, Asile des Aliénés, à Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAIGNEL-LAVASTINE, 12 bis, place de Labordé, Paris (VIII^e). — 28 juillet 1913.
- LAUGIER, 1, rue Hautefeuille, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
- LAUZIER, Maison de Santé de Fitz-James, à Clermont-de-l'Oise. — 26 mars 1928.
- LÉPINE (Jean), 1, place Gailleton, à Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LEROY (Raoul), Asile Clinique (Ste-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 28 mars 1898.
- LÉVY-VALENSI, 37, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- LHERMITTE, 9, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 28 avril 1924.
- LOGRE, 49, avenue Montaigne, Paris (VIII^e). — 28 juin 1920.
- MAILLARD, 40, rue Dispan, à L'Hay-les-Roses (Seine). — 22 décembre 1930.
- MALLET (Raymond), 22, avenue Mozart, Paris (XVI^e). — 25 février 1918.
- MARCHAND (L.), 47, rue Falguière, Paris (XV^e). — 25 mars 1901.
- MARIE (Aug.), 16, boulevard Edgar-Quinet, Paris (XIV^e). — 25 janvier 1893.
- MEURIOT, 51, avenue Montaigne, Paris (VIII^e). — 27 décembre 1920.
- MIGNOT, Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1905.
- MINKOWSKI (Eug.), 2, square Delambre, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
- NAYRAC, 93, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- OLIVIER (M.), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- PASTUREL, Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 28 mai 1931.
- PÉRON (Noël), 10, quai Galliéri, à Suresnes (Seine). — 26 janvier 1931.
- PETIT, 160, rue de Paris, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
- PIÉRON, 52, route de la Plaine, Le Vésinet (S.-et-O.). — 27 avril 1903.
- POROT, 29, rue Mogador, à Alger. — 25 novembre 1912.
- RAVIART, 91, route d'Esquermes, à Lille (Nord). — 29 mai 1922.
- RAYNEAU, La Terrasse-Fontmaure, à Chamalières (Puy-de-Dôme). — 28 mai 1909.

- MM. RAYNIER, 3 *bis*, rue de Capri, Paris (XII^e). — 28 février 1921.
 REVAULT D'ALLONNES, 22, rue Beautreillis, Paris (IV^e). — 30 juin 1919.
 ROBERT (J.), 37, rue Rouget-de-l'Isle, à Auch (Gers). — 26 juin 1922.
 RODIET, Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1907.
 ROGUES DE FURSAC, Asile de Villejuif (Seine). — 28 février 1910.
 ROUBINOVITCH, 3, rue de Médecis, Paris (VI^e). — 27 juin 1892.
 ROUGEAN, 12, rue Dagobert, à Saint-Lô (Manche). — 26 janvier 1931.
 SANTENOISE (Ach.), Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dôle (Jura). — 28 mai 1931.
 SANTENOISE (D.), 96, rue de Strasbourg, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 novembre 1923.
 SENGÈS, Asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
 SIMON (Th.), 7, rue Danton, Paris (VI^e). — 24 mai 1909.
 SOLLIER (P.), 14, rue Clément-Marot, Paris (VIII^e). — 25 mai 1891.
 TARGOWLA, 169, rue de l'Université, Paris (VII^e). — 29 décembre 1923.
 M^{me} THUILLIER-LANDRY, 68, rue d'Assas, Paris (VII^e). — 26 janvier 1931.
 MM. TINEL, 254, boulevard St-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 TOULOUSE, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 27 juin 1892.
 TRUELLE, Asile Clinique (Ste-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 25 novembre 1901.
 VIEUX, à Divonne-les-Bains (Ain). — 24 juin 1912.
 VIGNAUD, 2, rue Falret, à Vanves (Seine). — 28 novembre 1927.
 VINCHON, 108, rue du Bac, Paris (VII^e). — 27 juin 1921.
 VURPAS, 164, rue de Charonne, Paris (XI^e). — 27 juillet 1903.
 WAHL, Asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 22 juillet 1901.
 WALLON, 19, rue de la Tour, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930 (1).

Membres titulaires honoraires (15)

- MM. CAMUS (Paul), 55, quai Bourbon, Paris (IV^e). — 22 décembre 1930.
 GUILLAIN, 215 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 KLIPPEL, 63, boulevard des Invalides, Paris (VII^e). — 27 novembre 1893.
 LEGRAIN, 9, rue Pelouze, Paris (VIII^e). — 30 juillet 1888.
 LWOFF, 14, avenue Marie-Louise, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 20 janvier 1893.
 MARIE (Pierre), 76, rue de Lille, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 MEIGE (Henry), allée Boileau, Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 28 février 1898.
 NAGEOTTE, 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VI^e). — 25 juillet 1898.
 PACTET, 35, Grande-Rue, Châtenay (Seine). — 29 février 1892.
 PAPILLAULT, 2 *bis*, avenue Frochot, Paris (IX^e). — 22 décembre 1930.
 SÉGLAS, 96, rue de Rennes, Paris (VI^e). — 28 juillet 1884.

(1) L'élection à une place de membre titulaire déclarée vacante aura lieu le lundi 28 décembre 1931.

- MM. SEMELAIGNE (René), 59, boulevard de Montmorency, Paris (XVI^e). — 29 décembre 1890.
 SÉRIEUX, 83 bis, boulevard Brune, Paris (XIV^e). — 25 janvier 1892.
 THOMAS (André), 17, rue Quentin-Bauchart, Paris (VIII^e). — 22 décembre 1930.
 TRÉNEL, 2, avenue Dorian, Paris (XII^e). — 29 juillet 1895.
-

Membres correspondants nationaux (86)

- MM. ADAM (Frantz), Asile de Rouffach (Ht-Rhin). — 23 février 1931.
 ALAJOUANINE, 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
 ALBÈS, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne). — 26 mai 1913.
 ALLAMAGNY, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 29 mars 1921.
 ANGLADE (Roger), Asile de Breuty-la-Gouronne, Angoulême (Charente). — 28 mai 1931.
 ARTUR, Hôpital Maritime, Brest (Finistère). — 22 juin 1931.
 BARRÉ, 1, rue Grandidier, Strasbourg (Bas-Rhin). — 26 janvier 1931.
 BAUER (E.), Asile de Naugeat, près Limoges (Hte-Vienne). — 27 avril 1931.
 BEAUSSART, Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 25 novembre 1912.
 BELLETRUD, Asile de Pierrefeu (Var). — 26 décembre 1910.
 BENON, Hospice Saint-Jacques, Nantes (Loire-Inférieure). — 24 novembre 1919.
 BONCOUR (Paul), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIII^e). — 27 avril 1925.
 BOUDON, 64, rue de Bellechasse, Paris (VII^e). — 28 juillet 1919.
 BRETON, 15, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
 BRISSOT, Colonie d'enfants, Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
 BROUSSEAU, Villa de Tavannes, Mastai, près Québec (Canada). — 30 janvier 1922.
 CALMETTES, Asile de Naugeat, près Limoges (Hte-Vienne). — 27 avril 1931.
 CARRETTE, 8, avenue du Onze-Novembre, Bellevue (Seine-et-Oise). — 31 mai 1926.
 CÉNAC, 3, rue Coëtlogon, Paris (VI^e). — 28 juin 1926.
 CHARTIER, 9 bis, avenue des Fleurs, Nice (Alpes-Maritimes). — 26 janvier 1931.
 CHAVIGNY, Laboratoire de Médecine légale, Faculté de Médecine, Strasbourg (Bas-Rhin). — 29 juillet 1918.
 CHENAIS, 6, rue Piccini, Paris (XVI^e). — 30 mars 1903.
 COLOLIAN, 37 bis, rue de Ponthieu, Paris (VIII^e). — 27 octobre 1902.
 COLOMBANI, Directeur de la Santé publique, Protectorat français, Rabat (Maroc). — 27 janvier 1902.
 CORNIL (L.), 16, rue des Abeilles, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 janvier 1931.
 COSSA (Paul), 14, rue Halévy, Nice (A.-M.). — 22 juin 1931.

- MM. COURJON (Jean), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 29 juillet 1918.
 COURTOIS, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 26 janvier 1931.
 DABOUT, 44, avenue La Bourdonnais, Paris (VII^e). — 28 avril 1924.
 DADAY, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
 DELAVILLE, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 22 décembre 1930.
 DELMAS (Paul), 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine (Seine). — 23 février 1931.
 DELMAS-MARSALET, 79, Cours d'Aquitaine, Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
 DUMOLARD, 64, rue d'Isly, Alger. — 26 janvier 1931.
 EISSEN, Asile de Stephansfeld, Brumath (Bas-Rhin). — 26 juin 1922.
 ERNST, Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mai 1931.
 FOLLY, 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne). — 27 avril 1931.
 FRANKHAUSER, Asile de Stephansfeld, Brumath (Bas-Rhin). — 24 novembre 1919.
 GALLAIS, 58, rue de Rennes, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
 GILLES, Asile Saint-Luc, Pau (Basses-Pyrénées). — 29 avril 1918.
 GONNET, 21, rue Brossard, Saint-Etienne (Loire). — 26 janvier 1931.
 GRIMBERT, 11, rue Duroc, Paris (VII^e). — 30 mars 1931.
 HYVERT, Asile de Vauclair, Montpon-sur-Isle (Dordogne). — 26 janvier 1931.
 JUDE, Directeur du Service de Santé des Troupes du Levant, S. P. 600. — 26 janvier 1931.
 LABUCHELLE, 29, rue Naujac, Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
 LAHY, 22, avenue de l'Observatoire, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
 LAMACHE, 27, boulevard de la Liberté, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 23 février 1931.
 LARGEAU, 29, rue de Clichy, Paris (IX^e). — 22 décembre 1930.
 LARROQUE (Benj.), 823, calle Lavalle, Buenos-Aires (République Argentine). — 26 juillet 1886.
 LAUTIER, Asile de Bron (Rhône). — 30 juin 1924.
 LEMOINE, 18, rue des Guinguettes, Lille (Nord). — 27 février 1888.
 LERAT, Asile de Lafond, La Rochelle (Charente-Inférieure). — 28 juillet 1913.
 LEVET, 60, rue des Hôtelleries, La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 29 juin 1908.
 MACÉ DE LÉPINAY, 4, rue d'Angivilliers, Versailles (Seine-et-Oise). — 26 janvier 1931.
 MARTIN-SISTERON, 14, rue Edmond-Rey, Grenoble (Isère). — 26 janvier 1931.
 MAUPATÉ, Asile de Bailleul (Nord). — 28 mai 1894.
 MEIGNANT, 8, rue Saint-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 janvier 1931.
 M^{me} MINKOWSKA, 2, square Delambre, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
 MM. MOLIN DE TEYSSIEU, 14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux (Gironde). — 28 novembre 1921.
 MONTASSUT, 12, rue Quatrefages, Paris (V^e). — 28 juin 1928.
 OSSIP-LOURIÉ, 42, avenue de Wagram, Paris (VIII^e). — 25 novembre 1912.

- MM. PAGE, 86, boulevard Michelet, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 mars 1906.
- PARANT (Victor), 17, allées de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- M^{lle} PASCAL, Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1911.
- MM. PERPÈRE, 4, rue des Marronniers, Paris (XVI^e). — 24 décembre 1906.
- PERRUSSEL, Hôpital de la Manouba (Tunisie). — 28 mai 1931.
- PHULPIN, 111, rue de Rennes, Paris (XVI^e). — 29 mai 1905.
- POTEL, 57, rue du Port, Lorient (Morbihan). — 29 décembre 1923.
- PRINCE, Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 25 février 1924.
- QUERCY, Asile Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 23 décembre 1922.
- REBOUL-LACHAUX (Ch.), 8, boulevard Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1923.
- RÉMOND, 45, rue des Tourneurs, Toulouse (Haute-Garonne). — 29 avril 1907.
- RENAUX, Asile de Saint-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire). — 31 mai 1920.
- REVERTÉGAT, 17, rue Rosée, Sannois (Seine-et-Oise). — 29 janvier 1906.
- RICHE (A.), 8, place des Victoires, Paris (II^e). — 25 février 1905.
- ROBIN (Gilbert), 9, rue de Vézelay, Paris (VIII^e). — 27 avril 1925.
- ROUGÉ, Asile de Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SCHAEFFER, 3, rue de Sfax, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- SCHIFF, 14, rue César-Franck, Paris (XV^e). — 22 décembre 1930.
- SIZARET (J.), 13, boulevard Porée, Saint-Servan-sur-Mer (Ille-et-Vilaine). — 27 février 1905.
- VERNET (Georges), Asile de Beauregard, Bourges (Cher). — 28 novembre 1904.
- VIAN, 49, rue Pastorelli, Nice (A.-M.). — 28 juin 1920.
- VIÉ, à Saint-André-d'Apchou (Loire). — 22 décembre 1930.
- VILLEY-DESMESERETS, 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 23 février 1931.
- VOIVENEL, 18, rue de la Dalbade, Toulouse (Haute-Garonne). — 28 juillet 1913.
- M^{lle} WEINBERG, 20, rue Daviel, Paris (XIII^e). — 22 décembre 1930.

Membres associés étrangers (150)

Amérique (Etats-Unis d')

- M^{me} ALEXANDER (Harriet-C.-B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — 25 mars 1912.
- MM. BLUMER (George-Alder), Superintendent Emeritus Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — 30 octobre 1899.
- BRIGGS (L.-Vernon), 64, Beacon Street, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1916.
- BRUSH (Edward-N.), Superintendent Emeritus Sheppard and Enoch

Pratt Hospital, 2012 Greenberry Road, Mt. Washington, Baltimore (Maryland). — 30 juin 1912.

MM. BURR (C.-B.), The Durant, Flint (Michigan). — 27 novembre 1899.

CAMPBELL (C.-Macfie), Director Boston Psychopathic Hospital, 74, Fenwood Road, Boston (Massachusetts). — 28 mai 1931.

FARNELL (Frederick-J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — 30 novembre 1925.

GORDON (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — 22 février 1909.

GREENE (Ransom-A.), Superintendent Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — 28 mai 1931.

HALL (David-G.), 429, Olive Street, Dallas (Texas). — 23 mai 1887.

KIERNAN (Jas.-G.), 103, State Street, Chicago. — 25 novembre 1895.

KLINE (George-M.), Commissioner, Department of Mental Diseases, Room 109, State House, Boston (Massachusetts). — 28 mai 1931.

MANN (Edward), 801, Madison Avenue, New-York. — 31 décembre 1895.

M^{lle} ROBINOVITCH (Louise-G.), Golden (Colorado). — 30 octobre 1899.

MM. ROSANOFF (Aaron-J.), 2007, Wilshire Blvd., Los-Angeles (California). — 28 mai 1931.

THOM (Douglas-A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — 28 novembre 1927.

Argentine (République)

MM. DELFINO (Victor), Buenos-Aires. — 22 mars 1910.

GORRITI (Fernando), 945, Bulnes, Buenos-Aires. — 23 février 1931.

LÓPEZ (Lucio-Vicente), 419, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.

PINERO (Hector-M.), Secrétaire de la Sociedad de Neurologia y Psiquiatria, 1686, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.

Autriche

M. WAGNER-JAUREGG, Professeur, 18, Mandesgerichtsstr, Vienne. — 27 avril 1931.

Belgique

MM. DE CRAENE (Ern.), Agrégé à l'Université, 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles. — 30 mai 1929.

D'HOLLANDER, Professeur à l'Université, 86, rue Vital-Decoster, Louvain. — 25 novembre 1907.

DU CHATEAU, Inspecteur général, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles. — 26 février 1900.

FRANCOTTE, Professeur à l'Université, 15, quai de Grande-Bretagne, Liège. — 31 décembre 1894.

*HOEDEMAKERS (W.), Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles. — 29 décembre 1921.

HOVEN, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat, Mons. — 25 novembre 1918.

LEY (Auguste), Professeur à l'Université, 9, avenue Fond-Roy, Uccle-lès-Bruxelles. — 29 mai 1922.

- MM. MEEUS, Médecin en chef de l'Asile de Mortsel, 21, rue des Nerviens, Anvers. — 29 février 1904.
- SANO (Fritz), Médecin-directeur de la Colonie familiale de Gheel. — 30 octobre 1899.
- M^{me} VANDERVELDE-BEECKMAN, Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, Résidence-Palace, rue de la Loi, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- MM. VERMEYLEN (G.), Médecin principal de l'Institut Universitaire de Psychiatrie, 28, rue St-Bernard, Bruxelles. — 28 février 1921.
- VERVAECK (Louis), Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle-lès-Bruxelles. — 30 mai 1929.
- VILLERS, Agrégé à l'Université, 31, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

Brésil

- MM. MOREIRA (Juliano), Directeur de l'Hospice national des aliénés, Rio-de-Janeiro, 25 novembre 1907.
- OLINTO (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — 22 juin 1931.
- PACHECO E SILVA (A.-C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 22 juin 1931.
- PEIXOTO (Afranio), Professeur de médecine légale à la Faculté, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- ROCHA (Franco da), Directeur-Médecin de l'Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 24 décembre 1906.
- ROXO (Henrique de Brito Belford), Professeur de clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — 26 mai 1924.
- SOUZA-LEITE (José), ancien Interne des Asiles de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.
- VIANNA (Ulysses), Professeur, 106, calle Alvaro-Ramos, Rio-de-Janeiro, — 27 avril 1931.

Grande-Bretagne

- Sir ARMSTRONG-JONES, Lord Chancellor's Visitor in Lunacy, 9, Bramham Gardens, London, S. W. 5. — 26 janvier 1931.
- M. BOLTON (Joseph Shaw), Professor, west Riding Mental Hospital, Wakefield (England). — 28 novembre 1927.
- Sir BOND (Hubert), Caxton House West, Westminster, London S. W. — 30 mai 1926.
- MM. BRUCE (Alexander-Ninian), 8, Ainslie Place, Edinburgh (Scotland). — 28 novembre 1927.
- CHAMBERS (James), The Priory, Roehampton (England). — 25 mai 1912.
- Sir CRICHTON-BROWNE (James), ancien Lord Chancellor's Visitor, 45, Hans Place, London S. W. 1. — 31 octobre 1881.
- MM. GOODALL (Edwin), « Fairlawn », Kingsway, Hove, Sussex (England). — 30 juin 1902.
- GORDON (George), 14, Guessens Court, Welwyn Garden City, Herts (England). — 29 mai 1922.
- LORD (J.-R.), Horton House, Epsom (England). — 28 novembre 1927.
- MARR (Hamilton), 10, Succoth Avenue, Edinburgh (Scotland). — 30 mai 1927.
- NICOLSON (David), Lord Chancellor's Visitor, « Hanley », Park Road, Camberley, Surrey (England). — 31 octobre 1881.

- MM. PIERCE (Bedford), « Bankcroft », Douglas Road, Harpenden, Herts (England). — 26 mai 1919.
- ROBERTSON (George-M.), Professor, Tiperlinn House, Morningside Place, Edinburgh (Scotland). — 30 mai 1927.
- ROSS (Donald), Argyll and Bute Asylum, Lochgilphead, Argyll (Scotland). — 30 mai 1927.
- RUTHERFORD (James), Brislington House, Bristol (England). — 31 octobre 1881.
- SMITH (Percy), ancien Superintendent de l'Hôpital de Bethlem, 42 Albion Street, London, W. 2. — 24 juin 1895.
- WORTH (Reginald), Springfield Mental Hospital, Tooting, London, S. W. 17. — 28 novembre 1927.

Canada

- MM. CHAGNON, Médecin de l'Hôtel de Ville, département de la Santé, Montréal. — 27 mars 1899.
- DESLOGES (A.-H.), Directeur médical général des Hôpitaux d'aliénés, 515, St-Gabriel, Montréal. — 30 mars 1931.
- DEVLIN, Surintendant médical de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 mars 1931.
- LEFEBVRE DE BELLEFEUILLE (Gaston), Professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — 30 mars 1931.
- MILLER (J.-Ch.), Médecin de l'Ecole La Jemmerais, Mastaï, Québec. — 27 juin 1927.
- NOËL (Omer), Assistant-surintendant médical, Hôpital St-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- PLOUFFE (Daniel), Surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- ROY (C.-S.), Surintendant médical, Hôpital St-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 30 mars 1931.

Chili

- MM. BECA (Manuel), casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.
- FONTECILLA (Oscar), Professeur, 330, Sante-Lucía, Santiago. — 28 mai 1931.

Cuba

- M. VALDES ANCIANO (J.-A.), Professeur à l'Université de La Havane. — 28 novembre 1910.

Danemark

- MM. CHRISTIANSEN (Viggo), 18, Lille Strandweg, Hellerup, Copenhague. — 28 juin 1926.
- WIMMER (Aug.), Doyen de la Faculté de Médecine, Copenhague. — 28 février 1918.

Egypte

- M. HADGES, Le Caire. — 11 novembre 1889.

Espagne

- MM. ALVAREZ Y G. SALAZAR, 2, c. Conde de Xiquerra, Madrid. — 28 mai 1931.
 BRAVO Y MORENO (F.), Médecin-légiste, 76, c. Salméron, Barcelone. — 25 juillet 1910.
 GIMENO-RIERA (J.), Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, 2, Paseo de Pamplona, Saragosse. — 30 mai 1910.
 IRIGOYEN (José-Ciriaco), 369, Avenida 14 de Abril, Barcelone. — 23 novembre 1909.
 RODRIGUEZ-ARIAS (Belarmino), Médecin titulaire de la Clinique psychiatrique municipale, Médecin-directeur de la Maison de Santé de S. Baudilio de Llobregat, 47, rambla de Catalunya, Barcelone. — 26 mars 1923.
 VIVES (Salvador), 88, c. Caspe, Barcelone. — 26 juillet 1921.

Esthonie

- M. PUUSEPP (Louis), Professeur à l'Université de Tartu-Dorpat. — 30 mai 1927.

Grèce

- MM. CATSARAS (Michel), Professeur à l'Université, membre de l'Académie de Médecine, 1, rue Mavromichali, Athènes. — 25 octobre 1886.
 MITAPTIS (Télémaque), Professeur agrégé à l'Université, 68, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1889.
 TRIANTAPHYLLOS (Denis), 1, rue Deligeorgi, Athènes. — 30 mars 1931.
 VLAVIANOS, Professeur agrégé à l'Université, 45, rue du Stade, Athènes. — 25 mai 1912.
 YANNIRIS, Médecin de l'Asile de Domocaitis. — 28 mai 1900.

Hollande

- M. BOUMAN (L.), Professeur à l'Université d'Utrecht. — 30 mai 1927.

Italie

- MM. ALBERTI (Angelo), Directeur de l'Asile d'aliénés de Genova. — 30 décembre 1907.
 ANTONINI (Giuseppe), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Mombello (Milan). — 27 juin 1904.
 BACCELLI (Mario), Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Como. — 20 février 1914.
 BOSCHI (Gaetano), Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 29 décembre 1913.
 CAPPELLETTI (Luigi), Directeur des Asiles d'aliénés de Venezia. — 28 mai 1906.
 CASCELLA (Francesco), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aversa. — 30 mars 1896.
 CAZZAMALLI (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — 20 février 1911.
 DEL GRECO (Francesco), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Aquila. — 27 juillet 1903.

- MM. DONAGGIO (Arturo), Doyen de la Faculté de Médecine de Modena. — 28 mai 1931.
- D'ORMEA (Antonio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Siena. — 29 juin 1908.
- FERRARI (G.-C.), Directeur de l'Asile d'aliénés de Bologna. — 22 juillet 1901.
- FORNACA (Giacinto), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de S. Onofrio, Rome. — 30 novembre 1908.
- GUALINO (Lorenzo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 29 juin 1914.
- LAMBRANZI (Ruggero), Directeur de l'Asile d'aliénés de Vérone. — 13 juillet 1906.
- LÉVI-BIANCHINI (Mario), Directeur de l'Asile d'aliénés de Nocera-Inferiore. — 27 mars 1916.
- LUCANGELI (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — 31 juillet 1911.
- MAGGIOTTO (Ferdinando), Directeur de l'Asile d'aliénés de Como. — 29 janvier 1912.
- MARAGNANI (Luigi), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 27 juillet 1914.
- MEDEA (Eugenio), Chargé de cours à l'Université de Milan. — 28 juillet 1902.
- MUGGIA (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Sondrio. — 25 novembre 1907.
- PADOVANI (Emilio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Rovigo. — 20 février 1914.
- RIVA (Gaetano), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ancône. — 27 mars 1882.
- RUATA (Guido), Directeur de l'Asile d'aliénés de Novara. — 24 juin 1912.
- SALERNI (Aleardo), Vice-directeur de l'Asile de Vérone. — 27 mars 1911.
- SANCTIS (Sante de), Professeur de clinique neuro-psychiatrique à l'Université, 83, via Terme di Diocleziano, Rome. — 29 mars 1897.
- SAPORITO (Filippo), Directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.
- SEPPILLI (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Brescia. — 27 mars 1882.
- TAMBRONI (Ruggero), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 28 avril 1902.
- TAMBURINI (Arrigo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Ancône. — 17 mai 1916.

Norvège

- MM. EVENSEN (Hans), Médecin-directeur de l'Asile de Gaustad, près Oslo. — 29 avril 1907.
- TIDEMAND-JOHANESSEN, Oslo. — 25 avril 1921.

Pologne

- MM. ORZECZOWSKI (Casimir), Professeur à l'Université, 6, place de Napoléon, Varsovie. — 22 juin 1931.
- SCHMIERGELD, 68, rue Andrzejka, Lodz. — 29 juin 1908.

Portugal

MM. BAHIA (Junior), Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — 30 mars 1931.
 BETTENCOURT (Rodriguês), 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.

LEMONS (Magalhaes), Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — 27 avril 1931.

MARTINS (Lopès), Professeur à l'Université, Porto. — 29 juillet 1908.

Roumanie

MM. PARHON (C.-I.), Professeur à l'Université de Jassy, 3, rue Lutérane, Bucarest. — 26 janvier 1931.

PAULIAN (Démètre-Em.), Médecin-chef à l'Hôpital Central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de Médecine, 31, Str. Armenească, Bucarest. — 26 janvier 1931.

PITULESCO (Pierre), 2, Strada Episcopiei, Bucarest. — 27 avril 1931.

SOUTZO, Hospice de Marcoutza, Bucarest. — 26 novembre 1906.

URECHIA (C. I.), Professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — 30 mars 1931.

Suède

M. KINBERG (Olof), Professeur, Saltsjöbaden. — 28 mai 1931.

Suisse

MM. BERSOT (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron, Neuchâtel. — 27 décembre 1926.

BOVEN (William), privat-docent à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — 31 octobre 1927.

FLOURNOY (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue Monnetier, Genève. — 27 novembre 1922.

LADAME (Charles), Professeur de Clinique mentale à l'Université, Directeur de l'Asile de Bel-Air, Genève. — 26 février 1912.

MARTIN (Joannès), Professeur honoraire de médecine mentale à l'Université Veyrier, Genève. — 26 février 1895.

NAVILLE (F.), Professeur de médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — 30 juin 1930.

REPOND (André), Directeur de la Maison de Santé de Malevoz, Monthey, Valais. — 28 novembre 1927.

DE SAUSSURE (Raymond), privat-docent à l'Université, 2, Tertasse, Genève. — 25 mars 1929.

WEBER (R.), Professeur honoraire de l'Université, villa Sismondi, Chêne, Genève. — 23 février 1931.

Tchécoslovaquie

MM. HASKOVEC (Ladislav), Professeur à l'Université Karlova, 3, Mezibranská, Prague, 27 mars 1905.

STUCKLIK (Jaroslav), Médecin-directeur de l'Asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — 31 octobre 1921.

Turquie

- MM. CONOS (B.), Médecin en chef du Service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — 26 janvier 1931.
- MAZHAR (Osman), Directeur-médecin en chef de l'Asile des aliénés de Constantinople. — 28 mai 1931.
- ZIMALAKIS, Médecin-chef des hôpitaux grecs de Constantinople. — 28 avril 1913.

U. R. S. S.

- MM. CHOROSCHKO, Professeur à la Clinique neurologique de Moscou. — 30 mai 1927.
- JOUCHTCHENKO (A.-J.), Professeur à l'Université de Kharkow. — 28 juillet 1913.
- TRETIKOFF, de Moscou, Hospice de Juquery (Brésil). — 25 octobre 1916.

Uruguay

- MM. ETCHEPARE (Bernardo), ancien Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — 24 mai 1909.
- ROSSI (Santin-Carlos), Professor de Clinica Psiquiatrica, 1296, Ibicuy, Montevideo. — 30 mars 1931.
- SICCO (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — 30 mars 1931.

Yougoslavie

- M. MEDAKOVITCH (Georges), 1, rue Cabanis, Paris XIV^e. — 26 janvier 1931.

**Liste des Présidents et Secrétaires généraux
de la Société Médico-psychologique depuis sa fondation
(1852-1931) (1)**

Présidents

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------|
| FERRUS (avril 1852-juillet 1853). | DELASIAUVE (1863). |
| GERDY (juillet 1853-juillet 1854). | MOREAU DE TOURS (1864). |
| BUCHÉZ (juillet 1854-juillet 1855). | GIRARD DE CAILLEUX (1865). |
| PARCHAPPE (juillet 1855-juillet 1856). | FÉLIX VOISIN (1866). |
| PEISSE (juillet 1856-juillet 1857). | PAUL JANET (1867). |
| BAILLARGER (juillet 1857-juillet 1858). | BROCHIN (1868). |
| CERISE (juillet 1858-juillet 1859). | CONSTANS (1869). |
| TRÉLAT (juillet 1859-décembre 1860). | LASÈGUE (1870-1871). |
| BRIERRE DE BOISMONT (1861). | JULES FALRET (1872). |
| Adolphe GARNIER (1862). | LUNIER (1873). |

(1) Cette liste a été établie pour les lecteurs des *Annales Médico-psychologiques* par le Dr René Semelaigne.

LOISEAU (1874).	MOTET (1902).
BLANCHE (1875).	Gilbert BALLET (1903).
DUMESNIL (1876).	BRUNET (1904).
BILLOD (1877).	VALLON (1905).
BAILLARGER (1878).	BRIAND (1906).
Prosper LUCAS (1879).	DENY (1907).
LEGRAND DU SAULLE (1880).	SÉGLAS (1908).
LUYS (1881).	LEGRAS (1909).
DALLY (1882).	ARNAUD (1910).
MOTET (1883).	SÉRIEUX (1911).
A. FOVILLE (1884).	KLIPPEL (1912).
DAGONET (1885).	René SEMELAIGNE (1913).
Armand SEMELAIGNE (1886).	VIGOUROUX (1914-1916).
MAGNAN (1887).	CHASLIN (1917).
COTARD (1888).	Henri COLIN (1918).
Jules FALRET (1889).	DUPAIN (1919).
BALL (1890).	TRÉNEL (1920).
BOUCHEREAU (1891).	PACTET (1921).
Théophile ROUSSEL (1892).	TOULOUSE (1922).
CHRISTIAN (1893).	ANTHEAUME (1923).
Auguste VOISIN (1894).	TRUELLE (1924).
Paul MOREAU DE TOURS (1895).	ROUBINOVITCH (1925).
Eugène CHARPENTIER (1896).	SOLLIER (1926).
Paul GARNIER (1897).	LEGRAIN (1927).
MEURIOT (1898).	LEROY (1928).
Jules VOISIN (1899).	Pierre JANET (1929).
MAGNAN (1900).	CAPGRAS (1930).
JOFFROY (1901).	Henri CLAUDE (1931).

Secrétaires généraux

DECHAMBRE (avril 1852-juillet 1856)
 CERISE (juillet 1856-juillet 1858).
 BRIERRE DE BOISMONT (juillet 1858-juillet 1859).
 ARCHAMBAULT (juillet 1859-décembre 1861)
 BROCHIN (janvier 1862-décembre 1866)
 LOISEAU (janvier 1867-décembre 1873)
 MOTET (janvier 1873-décembre 1881)
 RITTI (janvier 1882-janvier 1920)
 Henri COLIN (février 1920-octobre 1930).
 René CHARPENTIER (22 décembre 1930)

Séance du Lundi 26 Octobre 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président

En ouvrant la séance, M. le Professeur Henri CLAUDE, *président*, adresse les félicitations de la Société à M. J. CAPGRAS, nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur*.

Adoption des procès-verbaux des séances du 9 juillet et du 27 juillet 1931.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} Georges BOURGUIGNON et VIGNAUD qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires* ;

une lettre de M. le D^r E. LARRIVÉ, chef de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des asiles publics d'aliénés, médecin-chef de la Maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national*. (Une Commission est désignée, composée de MM. J. LÉPINE, René CHARPENTIER et COURBON, rapporteur : le vote aura lieu à la séance du lundi 23 novembre 1931) ;

une lettre de M. le D^r O.-L. FOREL, privat-docent à l'Université de Genève, médecin en chef de la Maison de santé des « Rives de Prangins », près Nyon (Suisse), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger*. (Une Commission est désignée, composée de MM. CAPGRAS, MAILLARD et René CHARPENTIER, rapporteur : le vote aura lieu à la séance du lundi 23 novembre 1931) ;

une lettre de M. le D^r Jean SÉBEK, de Prague, adressant à la Société un volume du Recueil commémoratif dédié au Professeur Lad. HAŠKOVEC à l'occasion de son 65^e anniversaire, « comme une nouvelle preuve d'une collaboration toujours croissante entre la France et la Tchécoslovaquie » : il sera rendu compte de ce volume dans les *Annales Médico-psychologiques* ;

des lettres du D^r Chas.-B. DAVENPORT, de New-York, président de la *Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique*, et du D^r Georges SCHREIBER, de Paris, vice-président de la *Société française d'Eugénique*, remerciant la Société d'avoir, par un vote unanime, décidé d'adhérer à la *Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique* et de s'y faire représenter ;

une lettre du D^r Henri BARUK s'excusant de ne pouvoir assister à la présente séance et priant de remettre à la séance du lundi 23 novembre 1931 la communication pour laquelle il s'était inscrit, en collaboration avec MM. H. CLAUDE et PORAK.

Décès de M. Marcel Nathan

Au moment de procéder à l'élection à une place vacante de *membre titulaire*, à laquelle M. le D^r Marcel NATHAN était seul candidat, M. H. CLAUDE, *président*, annonce à la Société le décès de M. Marcel NATHAN, membre correspondant de la Société Médico-psychologique, ancien trésorier de la Société de Psychiatrie.

Sur sa proposition, la Société décide d'entendre la lecture du rapport très élogieux rédigé par M. HEUYER, au nom d'une Commission composée de MM. HEUYER, Aug. MARIE, REVAULT D'ALLONNES, ROGUES DE FURSAC et ROUBINOVITCH, unanime à présenter M. Marcel NATHAN aux suffrages de la Société.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire

Par suite du décès de M. le D^r Marcel NATHAN, seul candidat à la place de *membre titulaire* déclarée vacante le 2 juin 1931, l'élection est remise à la séance du lundi 28 décembre 1931. Les lettres de candidature devront être parvenues au Secrétaire général avant la séance du lundi 23 novembre 1931.

A propos de la malariathérapie de la paralysie générale

Au nom de la Commission désignée lors de la séance du 27 juillet 1931, M. Raoul LEROY donne lecture d'un rapport dont les conclusions sont unanimement adoptées après une discussion à laquelle prennent part un grand nombre des membres de la Société.

A l'unanimité des membres présents, il est décidé de conclure la discussion sous forme d'un *vœu* qui sera mis aux voix à la séance du 23 novembre 1931 et adressé à M. le Ministre de la Santé publique.

COMMUNICATIONS

L'étiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux après impaludation, par M. Aug. MARIE (A propos de la communication de MM. Leroy et Médakovitch à la séance du 27 juillet 1931).

Les premiers travaux de Gerstman sur les modifications anatomiques résultant de la malarisation chez les paralytiques généraux tendent à démontrer une transposition du processus diffus de la périméningo-encéphalite en un processus de syphilis cérébrale simple. Dujardin et Targowla dans leur rapport au Congrès d'Anvers adoptent ce point de vue ; Bruck et Walter admettent même une transposition régionale des lobes frontaux aux zones temporales expliquant jusqu'à un certain point les bouffées paranoïdes hallucinatoires secondaires. Vermeyley et Vervœck se rallient aux modifications évolutives du processus anatomique indépendamment des actions de virus palustre ou recurrent. S.-P. James partage ces vues dans sa statistique américaine récapitulative parue au *Bulletin de l'Office d'Hygiène publique*, n° 8, de 1931.

Le Prof. H. Claude, avec Leroy et Médakovitch, semble admettre l'influence prépondérante de reliquats parasitaires d'un paludisme latent dans la genèse des psychoses paranoïdes secondaires à la malariathérapie.

Peut-être y aurait-il lieu d'étendre d'une façon large aux séquelles d'agents infectieux pyrétiques l'étiologie possible des accès paranoïdes de ce genre, étant donné que plusieurs auteurs en signalent dans la recurréthérapie.

L'inconvénient pour étudier le problème tient à l'éparpillement des faits et à la difficulté d'études comparatives doublées de recherches parasitologiques délicates à généraliser et à unifier comme méthodes et personnel en ce qui concerne la malaria et plus encore pour la recurrente.

Pourquoi certains paralytiques généraux malarisés font-ils des psychoses paranoïdes durant leurs rémissions alors que d'autres restent indemnes ?

Le terrain peut agir à quelque degré puisqu'il semble que ces délires secondaires soient 2 fois plus fréquents chez les femmes, mais le germe palustre semble aussi pouvoir être mis en cause s'il est vrai que la plus grande fréquence de ces délires secon-

daïres s'observe dans les pays où l'on malarise par le moustique (U.-S.) au lieu de procéder d'homme à homme avec un virus sans gamètes (ou du moins très pauvre en parasites sexuels).

Quelle évolution suivent ces psychoses secondaires, la quinine à forte dose les jugule-t-elle à la longue et la réaction d'Henry les caractérise-t-elle ? Quel est l'appoint exact dans leur étiologie du paludisme préalable, des infections latentes et des prédispositions antérieures ? Quelle thérapie appliquer à ces accès ? La remalarisation est-elle contre-indiquée et doit-on lui préférer la recurrenthérapie de complément ?

Ce sont là autant de questions que je me permets de poser devant la Société et que des études répétées et prolongées pourront seules élucider.

Gomme syphilitique de l'amygdale survenue chez une paralytique générale à la suite d'impaludation, par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH.

L'apparition de gommes syphilitiques chez les paralytiques généraux à la suite d'impaludation a un réel intérêt au point de vue du mécanisme d'action du paludisme. Nous avons déjà insisté sur ce point en présentant d'autres observations (*Société Clinique de Médecine Mentale*, mai 1930). La malaria a tendance à transformer les lésions de la paralysie générale en lésions tertiaires plus accessibles au traitement. Les gommes de l'amygdale sont une rareté même chez les syphilitiques ordinaires. Rappelons que KIRSCHBAUM, en 1927, a observé un paralytique général qui, trois ans après guérison par malariathérapie, présentait une tuméfaction gommeuse du pharynx, disparue par traitement ioduré et salvarsan.

OBSERVATION. — Bad. Marie, 53 ans, paralysie générale à forme démentielle, entrée à l'Asile Ste-Anne le 25 mai 1931. Impaludation le 11 juin 1931 ; 8 accès arrêtés le 4 juillet par quinio-stovarsol, 4 gr. Traitement : du 11 au 31 juillet, K. I. 110 gr. ; du 21 au 31 juillet, Hg I² 0,40 ; du 23 au 31 juillet, stovarsol 4 gr. ; du 16 au 31 juillet, 15 suppositoires de mercure à 0,10.

Le 1^{er} août 1931, la malade se plaint d'avoir mal à la gorge et de ne plus pouvoir avaler. L'examen montre une petite rougeur diffuse du pharynx avec tuméfaction de l'amygdale gauche. Pas de température. Le 4 août, ulcération arrondie de la dimension et de la forme d'une pièce de 0 fr. 50, taillée à pic et présentant un bourbillon jaunâtre caséeux qui pouvait faire penser à un abcès, d'autant plus que

Marie se plaignait d'avoir du pus dans la gorge. Le 8 août, le spécialiste constate : ulcération lardacée, cratériforme, à bord infiltré, festonnée par la confluence d'éléments voisins, *gomme de l'amygdale*.

En raison de cette affection tertiaire, le traitement spécifique est intensifié : du 1^{er} au 31 août, K. I. 65 gr. ; du 16 au 31 août, 15 suppositoires à 0,10 ; du 1^{er} au 31 août, stovarsol 10 gr. La gomme a complètement guéri au bout d'une dizaine de jours.

Réactions biologiques

Liquide céphalo-rachidien	1 ^{er} juin 1931	1 ^{er} octobre 1931
Eléments cellulaires ..	20,2	12
Albumine totale	0,64	0,64
Globulines :		
Pandy	++	+
Weichbrodt	++	+
Nonne-Appelt	+	+
Noguchi	+	+
Siliquid	++	+
Benjoin	11222.22110.00000	00100.00200.00000
Or colloïdal	courbe paralytique	courbe très atténuée
R. d'opacification (Meinicke)	+	+
Bordet-Wassermann ...	++	+
Sang		
R. d'opacification (Meinicke)	++	++
R. floculation Kahn ...	+++	+++
Hecht	++	
Bordet-Wassermann ...	++	+++

Malaria larvée chez les paralytiques généraux impaludés et attaques épileptiformes, par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH.

Nous avons précédemment étudié, chez les paralytiques généraux, les séquelles psychiques du paludisme thérapeutique mal éteint (latent, larvé). Les plus fréquentes et les plus connues sont les délires secondaires avec troubles psycho-sensoriels. Nous pensons qu'à côté de ces troubles mentaux, on peut observer également des troubles d'ordre moteur (crises convulsives) relevant, eux aussi, de l'infection paludéenne. La proportion en est rare, 1 % d'après notre statistique. Nous rapportons aujourd'hui, sur les 300 paralytiques généraux traités dans notre

service, 3 observations personnelles montrant l'existence d'attaques épileptiformes après impaludation.

OBSERVATION I. — Pell. Tell, 38 ans, calculateur remarquable, rival d'Inaudi, paralysie générale à forme tabétique, atrophie bilatérale des nerfs optiques, cécité presque complète : à droite, vision nulle ; à gauche, compte les doigts à 0,60. Vainement traité par chimiothérapie depuis quelques années. *Impaludation le 11 février 1929* ; 8 accès très francs de 40° environ, ne s'accompagnant pas de confusion. Le 4 mars, après le 8° accès, amélioration certaine de la vision, reconnaît les visages. Médication : du 8 février au 20 mars 1929, K. I. 330 gr. ; Hg I² 0 gr. 44 ; Quinby 18 injections.

1^{er} avril 1929, douleurs fulgurantes très intenses. Le 11 avril, à 20 h. 30 et 20 h. 40, deux crises convulsives d'une durée de 6 à 7 minutes chacune, avec mouvements toniques et cloniques, fortes secousses du côté gauche, pas d'urine. Le 12 avril, à 7 h. et à 10 h., deux grandes attaques d'épilepsie classique : secousses de tous les membres, écume à la bouche, morsure de la langue, perte de connaissance. Le décès se produit dans la nuit du 12 au 13 avril, pendant un état de mal avec crises convulsives. Une médication très active : gardénal 0,30 et lavement chloral-bromuré à haute dose, n'a eu aucune influence. Amaigrissement de 4 kilos de décembre 1928 à fin mars 1929. Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Ce malade, qui n'avait jamais présenté de crises convulsives, fait deux attaques, cinq semaines après l'arrêt des accès, puis un état de mal absolument typique pendant lequel il succombe.

OBSERVATION II. — Stim... Elisa, 32 ans, paralysie générale à forme dépressive avec idées de suicide ; pas d'épilepsie antérieure. *Impaludation le 16 octobre 1930* ; 8 accès aux environs de 39° et 40°, arrêtés spontanément le 6 novembre, ce qui n'a pas empêché de donner 2 gr. 50 de quinine en 3 jours.

Confusion pendant les périodes fébriles et intercalaires, se prolongeant longtemps encore après la fièvre. En janvier 1931, agitation, turbulence pendant quelques jours, ne veut pas rester au lit, gâtisme. En mai, légère amélioration de l'état mental, se lève, conscience de son état, se montre inerte, passive, résiste à tout, ne veut pas se débarrasser, pleure.

Elisa reste dans cet état pendant les mois de juin et juillet ; déprimée, inhibée jusqu'à la stupeur, sourit un peu de temps en temps, toujours gâteuse, mais bien orientée, capable de calculer, bon raisonnement.

Le 12 août 1931, à 13 heures, étant assise, la malade est prise brusquement de perte de connaissance ; mouvements convulsifs du bras droit, de l'œil droit, œil gauche grand ouvert, bouche déviée à gauche, écume, tête tournée à gauche, tendance à tomber à la renverse. Au bout de quelques moments, revient à elle, disant avoir eu

un étourdissement et souffrir de nausées, pâleur de la face, grande fatigue.

Le 14 août, à 7 heures, nouvelle crise : tremblement de la tête et des mains, contractions toniques, raideur généralisée, bouche fermée, contractée et déviée à gauche ; quelques mouvements des bras, mousse abondante à la bouche, ni cri initial ni émission d'urine ; durée 2 minutes. A 9 h. 30, deuxième crise, spasme des paupières, occlusion des deux yeux pendant 2 à 3 minutes, puis battement de la paupière droite qui s'élève et s'abaisse rapidement, pendant que la paupière gauche reste en occlusion avec contracture. La malade, de la main droite, s'essuie automatiquement la bouche remplie d'écume. Durée 3 minutes. Pâleur et grande fatigue consécutive. Amnésie. L'examen du sang pratiqué une seule fois ne décèle pas la présence de l'hématozoaire. Urine normale.

Médication : Du 11 décembre 1930 au 12 août 1931, K. I. 480 gr. ; Hg I² 1 gr. 60 ; Stovarsol 44 gr. ; Biazan 26 injections à 0,08 ; 23 suppositoires de mercure à 0,10.

Depuis cette époque, Elisa reste dans son lit toujours gâteuse, inerte, immobile, « une vraie momie », mange difficilement. Malgré cet état de dépression et d'inhibition extrêmes, d'anéantissement complet, la malade se montre capable de conversation intelligente. Elle répond à voix basse, et on est surpris de voir comment cette femme a conservé la mémoire, donne des renseignements précis, a un bon jugement, se rend compte de son état et de tout ce qui se passe autour d'elle.

Amaigrissement progressif de 67 kgr. (10 octobre 1930) à 53 kgr. (30 septembre 1931).

Dix mois après l'impaludation, la malade nullement convulsivante antérieurement fait trois attaques classiques d'épilepsie à deux jours d'intervalle, attaques qui ne sont pas reproduites depuis deux mois.

OBSERVATION III. — Osv... Berthe, paralysie générale à forme démentielle avec idées absurdes de grandeur ; aucun accès d'épilepsie antérieur.

Impaludation le 20 avril 1931 ; 9 accès de 40°, arrêtés le 4 septembre 1931 par sulfate de quinine : 8 gr. en 8 jours. Pas de confusion, plutôt turbulente, agitée, gâtisme intermittent. Le 28 avril 1931, au cours d'accès, la malade se plaint d'avoir un cinéma dans la tête. La veille au soir, étant couchée, elle a entendu brusquement et très distinctement pendant toute la nuit le tic-tac d'une horloge. Le lendemain, en fermant les yeux, elle fut toute surprise de voir du rouge, des étoiles, des fils de couleur, de tout petits chevaux, des champs de blé, des paysages, un cube énorme s'avancant sur elle.

Le 4 septembre, fin des accès ; en revenant des W.-C., chute brusque à terre avec perte de connaissance, membres très raides, yeux hagards et fixes, contorsion de la bouche, pas d'émission d'urine.

Durée quelques secondes. Somnolence consécutive. Amnésie. Urine normale.

Cette crise ne s'est pas reproduite, Berthe prétend toujours avoir un cinéma dans la tête et demande continuellement à se faire opérer par le professeur Hartmann. Les phosphènes et les hallucinations visuelles persistent, mais les hallucinations auditives élémentaires (tic-tac), sont accompagnées, depuis fin septembre, par des hallucinations auditives psycho-motrices verbales. C'est le cinéma parlant. En mettant la main devant ses yeux, la malade voit des montagnes, des hommes et des femmes mangeant, buvant, faisant l'amour. Elle voit et entend chanter le comique Maurice Chevalier. Elle entend, dans sa tête, la voix de son mari et de son beau-frère lui causant très nettement. Désorientation, ne se rend pas compte du temps, ni du lieu, se croit en 1932. Lucidité parfaite, raisonnement bon, disparition des idées de grandeur. Léger amaigrissement : le poids est passé, en trois mois, de 65 kgr. à 60 au commencement de septembre, pour remonter à 62 kgr.

Berthe, qui n'avait jamais eu aucune manifestation de *morbus sacer*, présente une attaque convulsive le dernier jour des accès fébriles. Après avoir reçu 8 gr. de sulfate de quinine en 8 jours, elle n'a plus eu ni fièvre, ni crise convulsive.

Quelle est la pathogénie des crises convulsives mentionnées ? Deux questions peuvent se poser : 1° Est-elle paralytique ? 2° Est-elle paludéenne ? Les attaques épileptiques des paralytiques généraux sont classiques. Sans entrer dans des considérations bien connues, on peut dire qu'elles se caractérisent surtout par la persistance plus ou moins durable des paralysies, la fréquence de la fièvre, l'accentuation consécutive de la démence. Dans nos observations, les malades ont retrouvé, après la crise, leur motilité complète et leur lucidité. Elles étaient dans l'état d'un épileptique ayant repris la conscience, sans aggravation postérieure de l'état mental.

*
**

Si les crises convulsives des paralytiques impaludés semblent avoir passé inaperçues, le syndrome épileptique d'origine palustre a suscité, depuis toujours, un nombre considérable de travaux. On ne saurait donc en contester la légitimité.

Les anciens auteurs avaient fait jouer, au paludisme, un rôle important dans l'étiologie de l'épilepsie. DUMAS, de Montpellier, admettait que le *morbus sacer* peut remplacer la fièvre ou alterner avec elle, et offrir une même périodicité ; la quinine serait capable alors d'en avoir raison. MILES, de Baltimore, cite un

cas de paludisme dans lequel le frisson était remplacé par un accès d'épilepsie suivi par la fièvre et les sueurs dans leur ordre régulier. SAUVAGES et TISSOT avaient aussi admis cette métamorphose.

DELASIAUVE (*Traité de l'Épilepsie*, 1854, p. 243), dit textuellement : « En étudiant la marche des accès, nous avons vu déjà quelle singulière et curieuse action la fièvre intermittente et l'épilepsie pouvaient respectivement exercer l'une sur l'autre. Il se rencontre, en effet, dans les auteurs, un certain nombre d'exemples établissant que cette dernière affection s'interrompt ou cesse assez fréquemment par une sorte de substitution de crises fébriles. Par contre, l'épilepsie viendrait en quelques circonstances remplacer la fièvre qu'elle continuerait alors en en reproduisant la périodicité où en en revêtant le type. »

BAILLARGER (*Recherches sur les maladies mentales*, t. I, p. 615), a vu des épilepsies survenues à la suite de fièvres intermittentes.

MARANDON DE MONTYEL, KRÆPELIN, citent des cas semblables.

LAVERAN a publié une observation où la localisation des plasmodies dans les vaisseaux du cerveau provoquait des attaques épileptiques. ABADIE a vu un malade chez lequel apparaissait, à la suite de la fièvre pernicieuse, une série d'attaques épileptiques; guérison par la quinine.

ZIEMANN a attiré l'attention sur l'existence d'accès d'épilepsie survenant au moment de la fièvre, existence qui, d'après lui, serait très grande. Il cite FRESCO DAJO qui a observé, en relation avec la malaria, des crises convulsives suivies de délire maniaque et de tentative de suicide. MANNABÉRY signale, chez les enfants, la réaction convulsive venant remplir le stade de frisson initial; mais nous savons combien les enfants réagissent facilement par des convulsions à toute maladie fébrile. CHAVIGNY (Complications nerveuses et mentales du paludisme, *Congrès Méd. aliéniste et neurologique*, Bordeaux 1912), admet l'existence d'épilepsie en cours du paludisme, tout en disant que la relation directe entre la cause et l'effet n'est pas toujours perceptible.

POROT et GUTMANN (Les psychoses du paludisme, *Paris Médical*, 29 décembre 1917 et 30 mars 1918), signalent la co-existence de troubles nerveux somatiques : asthénie, abolition des réflexes, ictus convulsif ou apoplectiforme.

HESNARD (Suites éloignées du paludisme, *Congrès français de Médecine*, Bordeaux, 1923), considère la question encore plus incertaine pour l'épilepsie ou la tétanie paludéenne; rares sont les sujets qui, ayant présenté des réactions épileptiques en période d'activité de leur paludisme, ne guérissent pas quand leur malaria s'améliore.

PAPASTRATIGAKI (Contribution à l'étude du paludisme nerveux, *Revue neurologique*, avril 1922, pp. 394-401), admet l'épilepsie paludéenne. « Elle se distingue de l'épilepsie vulgaire par un accès de fièvre qui précède immédiatement la crise comitiale et par une lymphocytose rachidienne. Ces deux éléments suffiront, en général, pour distinguer l'épilepsie palustre de l'épilepsie vulgaire survenant chez un paludéen. »

L'auteur cite le cas d'un malade qui, tous les jours à heure fixe, sans aucune élévation thermique, était pris d'oppression et d'anxiété, auxquels succédaient un urticaire se localisant surtout sur la poitrine et l'abdomen et une asphyxie locale au niveau des mains, le tout durait 3 à 4 heures. Pendant ce temps, l'hématozoaire a été constaté dans le sang. Cette observation vient à l'appui de la thèse soutenue par ABRAMI et SENEVET, suivant laquelle l'accès palustre n'est qu'un shock nerveux d'ordre anaphylactique dû à l'action sur le système nerveux de substances albuminoïdes hétérogènes, provenant de la division des rosaces, fait sur lequel avait déjà insisté REGNAULT, depuis 1903, en faisant appel à une loi biologique suivant laquelle la production de substances toxiques agissait directement sur le système nerveux.

Dans un important article, Emile REDLICH (Sur la malaria larvée après le traitement par impaludation de la paralysie générale, avec quelques considérations sur une relation possible entre l'épilepsie et la malaria, *Wiener Klinische Wochenschrift*, février 1924, XXXVII, n° 6, p. 134), étudie les accès épileptiques pouvant appartenir au tableau clinique de la fièvre intermittente larvée. Il avait été frappé par le fait de malades atteints d'épilepsie quelque temps après la malaria, sans aucun antécédent héréditaire ni personnel. L'auteur a recherché dans la littérature les cas semblables.

COLÉSI et RITTER ont vu de tels épileptiques paludéens guéris par la quinine. HOSTERMANN : homme souffrant d'attaques convulsives après une fièvre intermittente, excitation maniaque à évolution rapide, mort par hémorragie cérébrale ; à l'autopsie, grosse rate. Jeune fille atteinte de malaria tierce, guérie par la quinine. Immédiatement à la fin de la maladie, attaques vertigineuses et perte de connaissance. Trois ans après, épilepsie typique. Cet auteur se rallie à l'ancienne conception de l'origine commune entre l'épilepsie et la malaria basée sur un spasme vaso-moteur qui se révélait : dans le premier cas, par la contraction des vaisseaux cutanés au début de l'accès fébrile et dans le second (d'où perte de connaissance), dans le cerveau. On sait qu'un spasme des artérioles méningées moyennes peut

précéder l'attaque convulsive, comme on l'a vu au cours des trépanations.

DRIEL, cité par SCHÆFFER (Sur les troubles nerveux et psychiques au cours de l'évolution de la maladie, *Arch. fur Psych.*, 1920, Bd LXI, p. 545), a observé deux cas où à la suite de la malaria, sont apparues de fortes attaques convulsives. Lente guérison par la quinine. VILUCKI : officier, crises caractérisées par perte de connaissance et spasmes ; accès fébriles de paludisme avec plasmods constatés dans le sang ; plus tard, trouble psychique épileptique typique. Amélioration par néo-salvarsan.

REDLICH rapporte cinq observations personnelles, aussi intéressantes. Voici la première : officier, convulsions dans l'enfance. Malaria au printemps 1921 ; en août, brusque crise convulsive classique, déclanchée par une chaleur torride. Les mois et années suivants, grandes attaques et petit mal. L'examen du sang n'a pas décelé de plasmods, mais il a été effectué 2 ans après la cessation des accès fébriles.

Dans quelques cas isolés, les attaques ne cèdent pas au traitement et donnent lieu à une épilepsie chronique. Ces faits s'expliquent facilement par les modifications cérébrales provoquées par la malaria. GRIESINGER les attribue à l'embolie pigmentaire. Des recherches récentes ont montré des lésions aussi importantes que variées : engorgement des capillaires par les parasites, hémorragies capillaires et précapillaires, infiltration des méninges et des espaces péri-vasculaires par des cellules hémotogènes, prolifération de l'endothélium vasculaire, prolifération névroglique avec neuronophagie, formation de proliférations propres aux cellules névrogliques (granulomes malariques de DÜRCK). — Voir DÜRCK : Ueber die Malaria perniciosa und comatoso auftretenden Veränderungen des Zentralnervensystems. *Arch. f. Schiff. u. Tropenhyg.*, 1917, Bd 21, p. 117 et WEINTGARTNER : Beitrag zur Kenntnis der Gehirnerkrankungen bei Malaria. *Schiff. u. Tropenhyg.*, 1920, Bd XXIV, p. 193. Les graves lésions paludéennes du cerveau donnent peu d'espoir pour la guérison d'une épilepsie chronique.

Nos observations tendent à démontrer qu'à la suite de la malariathérapie des paralysies générales peuvent exister, à côté des délires secondaires dont nous avons prouvé l'origine paludéenne, des séquelles motrices se manifestant sous la forme de crises convulsives. Ces cas sont peut-être exceptionnels chez les paralytiques généraux traités ; en tous cas, ils ont été observés assez fréquemment chez les paludéens. L'épilepsie palustre a une

existence certaine qui s'explique facilement par les lésions cérébrales extrêmement importantes dues aux hématozoaires, sans parler des toxines.

Il nous a été impossible d'arriver, par la recherche du parasite, à des conclusions nettes, faute d'examens indispensables faits, dans les conditions nécessaires, avec des collaborateurs compétents.

M. HEUYER. — Je ne crois pas que l'on puisse rattacher au paludisme ni les délires paranoïdes, ni les accès épileptiques survenant chez les paralytiques généraux après impaludation. En effet, il est tout à fait exceptionnel de constater chez les paludéens ces deux syndromes, et en outre ces deux syndromes, lorsqu'ils apparaissent chez les paralytiques généraux impaludés, sont réfractaires à la quinine. Cette opinion qui est celle des auteurs classiques, je l'ai vérifiée à l'armée d'Orient où j'ai observé des centaines de paludéens. La forme mentale du paludisme est la confusion onirique, mais non le délire paranoïde, et l'épilepsie ne se voit que dans les accès pernicieux graves.

M. GUIRAUD. — Les crises épileptiques ont été signalées par des auteurs polonais. J'en ai vu survenir chez un paralytique après guérison de son paludisme thérapeutique et malgré une régression des troubles mentaux considérables. L'administration du lobe postérieur de l'hypophyse est à préconiser contre tous les ictus épileptiformes.

M. HAMEL. — Ce sont des délires plus oniriques que vraiment paranoïdes qu'on constate. J'en ai observé un cas récent chez un prisonnier qui après l'impaludation thérapeutique et le traitement arsenical, eut des accès fébriles nocturnes avec agitation pantophobique intense. Là, l'influence pathogénique du paludisme était évidente.

M. GUIRAUD. — Il faut distinguer chez les paralytiques impaludés : 1° les délires tardifs, survenant longtemps après l'impaludation, chez des sujets dont la santé physique est florissante. Ces délires appelés encore formes schizophréniques de la paralysie générale ressemblent cliniquement à ce que l'on appelait délire chronique. A eux ne s'appliquent pas les affirmations des auteurs de la communication ; 2° les psychoses aiguës survenant pendant ou peu après l'impaludation, chez des sujets cachectisés. Ce sont des accès oniriques aigus. Ils sont attribuables à la malaria, ainsi que l'affirment les auteurs.

M. TRUELLE. — Avant de préciser la pathogénie, il faudrait distinguer les syndromes. Tous ne sont pas les mêmes et n'ont vraisemblablement pas la même pathogénie. Certains syndromes sont analogues au délire de rêve professionnel des alcooliques. Et peut-être bien qu'antérieurement à leur paralysie générale, les malades chez qui on les constate étaient des alcooliques. L'impaludation n'a été alors qu'un appoint dans leur genèse.

M. MARCHAND. — J'adopte la division de M. Guiraud. Les délires aigus sans systématisation et précoces ont pour conditions les perturbations biologiques de la malaria. Les délires chroniques systématisés et tardifs ont pour conditions les séquelles lésionnelles de la paralysie générale et sont réfractaires à l'arsenic et à la quinine.

M. SIMON. — Etant donné les conditions de leur apparition, les délires constatés chez les paralytiques malarisés, semblent dus à la malaria. Ceux que j'ai constatés n'avaient pas le caractère onirique. En tous cas, c'est l'affaiblissement intellectuel paralytique qui favorise l'action de la malaria pour les produire.

M. REVAULT D'ALLONNES. — D'après ce que j'ai appris de Rambaud et vu à l'armée d'Orient, le paludisme larvé est encore plus résistant à la quinine que le paludisme franc. Il faut recourir à des doses quotidiennes de 2 ou 3 gr. de sulfate de quinine. Et la veille du jour où l'on commencera à donner de la quinine, il est bon de purger avec 1 gr. 50 d'ipéca. Le diéménal est aussi à recommander.

M. Achille DELMAS. — On connaissait les formes délirantes hallucinatoires, dites sensorielles, de la paralysie générale avant la malariathérapie. Il est donc certain que bien des délires paranoïdes actuellement en discussion, sinon tous, ne relèvent pas du paludisme.

M. Henri CLAUDE. — Je n'ajouterai que quelques mots à ce qui a été déjà dit au sujet de l'origine des délires qui surviennent chez les paralytiques généraux, à la suite de l'impaludation.

Pour ma part, je n'ai vu qu'un nombre relativement limité de ces états délirants, et je pense, comme je l'ai déjà dit, que le traitement par la quinine, à bonnes doses, que j'ai toujours pratiqué, m'a permis d'éviter la réapparition des accès de paludisme larvé. Je n'ai observé, en effet, que 3 ou 4 cas de récurrence d'accidents paludéens, à plus ou moins longue échéance. Je crois d'ailleurs que la pathogénie de ces manifestations délirantes n'est

pas univoque. Il faut bien se représenter, en effet, que ces cerveaux de paralytiques généraux sont, en général, le siège d'altérations multiples en voie d'évolution, déjà avant l'impaludation et que ce traitement provoque dans les diverses parties de l'encéphale et des méninges, un remaniement plus ou moins accusé qui se produit encore pendant plusieurs semaines après l'impaludation comme Gerstmann l'a bien indiqué, et comme j'ai pu m'en rendre compte moi-même, en suivant les modifications du liquide céphalo-rachidien pendant et après l'impaludation.

De plus, il faut bien savoir que, si pendant le traitement malarique, il y a des transformations qui se font au niveau des lésions, il y a également des réactions qui se produisent après l'impaludation sous l'influence des traitements chimiques. J'en vois la preuve dans ces poussées radiculaires que l'on observe si souvent pendant et après l'impaludation et qui se traduisent par des douleurs fulgurantes, des névralgies diverses, des modifications dans l'état des réflexes, de sorte qu'il n'est pas étonnant que ces centres nerveux, ainsi sollicités par des éléments exogènes, traduisent leur excitation par des manifestations cliniques telles que l'excitation et les divers aspects délirants.

Il m'a été donné, en effet, assez souvent d'être obligé d'interrompre le traitement chimique ou de le modérer pour faire tomber une excitation qui aurait pu prendre un caractère grave.

Enfin, il ne faut pas oublier que les tendances antérieures du sujet, son aptitude à délirer, constituent des éléments qui peuvent favoriser l'éclosion ultérieure d'un délire.

Voilà donc bien des éléments qui peuvent entrer en jeu dans la genèse des états délirants qui suivent l'impaludation et qui conduisent à penser que si les reliquats paludéens peuvent être mis en cause dans certains cas, ils peuvent être un des éléments pathogéniques de ces délires des paralytiques généraux, mais non pas le seul.

M. LEROY. — Je renvoie nos contradicteurs à la communication et à l'argumentation que nous avons faites à la séance précédente de la Société. J'insiste sur ces faits : dans 60 0/0 des cas de délires paranoïdes, nous avons trouvé l'hématozoaire dans le sang à un seul examen. Aucun parasite n'existait chez les paralytiques généraux n'offrant pas de délires secondaires après impaludation. Nous venons de voir que la malaria larvée peut produire également des crises convulsives. Les délires éthyliques et paludéens sont similaires cliniquement, mais il y a des délires palustres sans aucun appoint éthylique, ainsi que l'ont montré Magnan, Régis, Hesnard.

Le problème biologique de l'hallucination,
par M. R. MOURGUE.

Lorsque, il y a douze ans, j'essayais de montrer que toutes les théories de l'hallucination pouvaient, au cours des temps modernes, se ramener à la thèse de l'*intensification des images* de la psychologie classique (1), j'avais depuis longtemps émis des doutes sur la fécondité de ce point de vue (2).

Que la thèse à laquelle nous venons de faire allusion puisse être réfutée en se tenant sur le terrain de la psychologie expérimentale elle-même, c'est un point sur lequel il serait trop long d'insister et d'ailleurs d'un intérêt secondaire. Qu'il nous soit permis seulement d'indiquer que les *types imaginatifs* paraissent ne jouer aucun rôle.

Autrement importantes sont les données fournies par la clinique. Notons, tout d'abord, que nous laissons de côté toutes les analyses cliniques qui, depuis Baillarger jusqu'à Ségla, pour ne nommer que des auteurs classiques, ont abouti à la séparation de l'*hallucination vraie* de toute une série d'autres phénomènes apparentés: Nous admettrons seulement l'existence de l'hallucination vraie; celle-ci a pour caractéristiques essentielles la *projection* ou *objectivation par rapport au corps*. Lorsque la psychiatrie est sortie des limbes de la spéculation médicale, au début du XIX^e siècle, elle considérait tous les phénomènes offerts à son étude sur le même plan que les phénomènes normaux dont l'observateur a le type en lui-même. Rien de plus naturel, par suite, que l'assimilation superficielle qui fut faite, de bonne heure, entre l'*hallucination* et la *perception normale*. En fait, d'ailleurs, certaines hallucinations survenant chez des sujets dits normaux, rendaient ce rapprochement des plus vraisemblables. Depuis les travaux de Freud cette assimilation n'est plus *intégralement* soutenable, si les hallucinations constituent des symboles, émanés de l'*inconscient*, ajoute l'école psychanalytique, symboles obéissant le plus souvent aux lois de l'*inconscient*, mais non toujours à celles de la perception normale. Il n'en reste pas moins qu'il y a un point, et il peut y en avoir d'autres, pour lequel le rapprochement classique reste vrai: c'est la *projection spatiale* caractéristique de l'hallucination vraie.

(1) Etude critique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations vraies. *Thèse Médecine*, Paris, 1919.

(2) Sur quelques tendances de la psychologie contemporaine. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1917 (envoyé en 1916).

Il faut maintenant nous demander quelle est la méthode à suivre dans l'étude de ce processus. Ici, une distinction essentielle est nécessaire ; presque toutes les conceptions qu'on s'est faites jusqu'ici de l'hallucination ont été surtout l'œuvre de psychiatres dont l'objet d'étude est une série de cas de psychoses le plus souvent très avancées dans leur évolution. Or, ce matériel clinique est tout à fait inadéquat à l'étude de l'hallucination, sauf quelques rares exceptions, et ceci pour deux raisons : 1° parce que, dans les psychoses, la *causalité agglutinée*, comme nous l'avons montré avec C. v. Monakow, joue un rôle énorme qui masque parfois la vraie nature des phénomènes ; 2° parce que, dans ces cas, l'hallucination est le plus souvent engagée, si on peut s'exprimer ainsi, dans une gangue de phénomènes parasites (systèmes délirants) d'où il est très difficile de le dégager.

Heureusement, il y a un autre matériel clinique plus rare, il est vrai, où l'hallucination se présente à l'état à peu près pur : ce sont les hallucinations survenant chez les sujets atteints d'affections organiques du cerveau, celles survenant dans les cas de maladies viscérales et enfin celles survenant chez les sujets dits normaux.

Posons-nous, maintenant, une nouvelle question. L'observation clinique à elle seule est-elle susceptible de permettre une conception du rôle fonctionnel de l'hallucination ? A ceci, nous n'hésitons pas à répondre négativement pour diverses raisons dont les principales sont à notre avis les suivantes : 1° La clinique traditionnelle a un point de départ inexact, en ce sens qu'elle ignore les niveaux d'intégration et de désintégration et compare, par exemple, le niveau très élevé de l'intégration que constitue la perception normale avec le niveau de désintégration soumis à la loi de la *désintégration en briques* de C. v. Monakow et R. Mourgue, parfois très bas, surtout dans les psychoses, que constitue l'hallucination. 2° Ce qui nous est donné par l'observation clinique ce sont des matériaux bruts, absolument indispensables évidemment comme point de départ, mais qui ne sont que la réflexion ultime à un niveau plus élevé (langage au sens large du mot) d'une série de composantes qui échappent entièrement à l'observation subjective. Il est donc indispensable, à partir de l'observation clinique, et en s'aidant de toutes les données (anatomiques, physiologiques, embryologiques, etc.), de reconstituer le processus aboutissant à l'hallucination.

Il ne faut pas oublier seulement que toujours l'organisme fonctionne *comme un tout* et qu'il est nécessaire d'avoir tout d'abord une conception générale du fonctionnement du système nerveux si on veut se faire une idée claire de la signification biologique de l'hallucination. Cette conception générale, nous l'avons longuement développée dans notre livre avec C. v. Monakow qui, en ce qui concerne l'hallucination, professait la théorie de l'*intensification* (1). Il nous suffira, pour le but présent, de rappeler que, à la base de l'étude de la vie du système nerveux, se place la distinction essentielle : 1° de la sphère instinctive ; 2° de la sphère de l'orientation et de la causalité ; la première devant être considérée comme la plus primordiale, aussi bien au point de vue de son apparition dans le temps qu'au point de vue de sa valeur comme force propulsive à l'égard de la seconde sphère. Rappelons aussi qu'au sein de cette dernière, la fonction extéroceptive quoique se développant par étapes successives est une des plus primitives (orientation primitive par rapport au sein de la mère par collaboration de l'appareil oral et de l'appareil labyrinthique).

En second lieu, rappelons que nous avons distingué dans la pathologie du système nerveux deux catégories de troubles : 1° les *troubles morphologiques*, en rapport avec une solution de continuité ou une agénésie de la substance nerveuse ; 2° les *troubles sécrétoires*, en rapport avec une atteinte du monde des instincts, dont la représentation se trouverait à divers niveaux, sous-corticaux et corticaux. Les premiers obéissent aux lois de l'anatomie telles que les ont établies les dégénération secondaires ; les seconds obéissent à des lois moins bien connues et qui régissent certains déplacements, certaines condensations de l'énergie nerveuse. Ces processus s'effectueraient toujours dans un sens déterminé, celui de l'auto-régulation de la fonction ou *Syneidesis* et se manifesteraient par divers processus dont les plus importants sont les processus de compensation (phénomènes morbides positifs).

Or, que nous montre, maintenant, l'observation clinique pure et simple, c'est-à-dire aussi dépourvue que possible d'interprétation. Elle nous montre trois ordres de phénomènes, non pas découpés arbitrairement, mais au cours desquels, suivant le point de vue biologique, l'organisme fonctionne toujours comme un tout. 1° C'est un fait connu de tout temps que certains produits (drogues végétales surtout) sont susceptibles de provoquer

(1) C. v. MONAKOW et R. MOURGUE. — *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie*. Paris, Alcan, 1928 (p. 297).

des hallucinations visuelles. Or, c'est un fait admis de tous les pharmacologues que le point d'attaque est ici le *système organo-végétatif*, je préférerais dire quant à moi le *système végétatif* au sens de F. Kraus, pour des raisons trop longues à exposer ici, mais qui sont sans rapport avec la position des thèses fondamentales que nous tenons à faire connaître maintenant.

Dès 1842, Baillarger, sans pouvoir se douter à cette époque de la nature des phénomènes qu'il signalait, avait admirablement compris et bien observé les conditions optima de l'apparition des hallucinations, tout particulièrement par exemple : le passage de la veille au sommeil, l'installation de la période cataméniale, le *post partum*. Or, on sait aujourd'hui qu'il s'agit là de périodes de décalage du tonus organo-végétatif.

Les observations si intéressantes de Lhermitte, Stenvers, van Bogaert, Paul Schilder, Ewald, et d'autres, d'hallucinations en rapport avec des régions sous-corticales riches en représentations organo-végétatives sont aussi à ajouter aux faits précédents, qui, eux, sont infiniment moins rares.

2° L'observation clinique montre chez tous les hallucinés un état particulier de la conscience, impossible d'ailleurs à décrire en termes discriminatifs, ce qui est la signature d'une origine particulière, analogue, mais nullement identique à celui du demi-sommeil normal, et qui n'a pas échappé à la plupart des auteurs (*état hallucinatoire* de Moreau (de Tours), *état de séjunction* de Wernicke, « *voluminous state* » de Hughlings Jackson, etc.). Nous le désignerons par le terme de *dépersonnalisation* pris au sens négatif du mot. Nous verrons tout à l'heure à quoi il nous paraît correspondre objectivement.

3° L'observation clinique met, enfin, en évidence, de la façon la plus nette, le phénomène caractéristique de la *projection* ou *extériorisation par rapport au corps* qui nous sert précisément à définir l'hallucination vraie. Dans certains cas spéciaux on peut observer d'autres phénomènes caractéristiques de la perception normale, par exemple le contraste simultané ; mais, tout en étant d'un grand intérêt théorique, ce sont là des exceptions.

*
**

Quelle est l'hypothèse susceptible de rendre compte de ces trois ordres de faits ?

1° L'hallucination, comme le rêve (qui est cependant d'une nature différente à notre avis), nous paraît avoir pour condition *nécessaire mais non suffisante* (nous insistons sur les deux der-

niers mots) l'envahissement, sous certaines modalités, de la sphère de l'orientation par celle des instincts. Remarquons à ce sujet qu'il n'y a pas lieu, du moins lorsqu'il s'agit des instincts primitifs non élaborés par la sphère de la causalité, de distinguer ces derniers des phénomènes organo-végétatifs proprement dits.

Cet envahissement de la sphère de l'orientation correspond à une inhibition, qui peut revêtir les trois formes sympathique, antipathique, et apathique que nous avons distinguées avec C. v. Monakow ; il est de même nature que celui que Pavlov a mis en évidence au cours de ses recherches sur l'identité fondamentale du processus du sommeil et de l'inhibition progressive de la *mosaïque corticale*. Plus il est limité, plus l'hallucination paraît se rapprocher de la perception normale (cas des hallucinations chez les sujets dits normaux), plus il est diffus (cas des psychoses), plus l'hallucination est voilée par des phénomènes parasites en particulier par l'entrée en jeu de la *causalité agglutinée* qui peut la rendre méconnaissable.

2° Au cours de la genèse de l'hallucination, cette étape correspond à ce que nous avons appelé antérieurement *état de dépersonnalisation*, lequel n'est pas non plus spécifique, puisqu'il existe dans des états aussi disparates, considérés dans leur ensemble, que la catalepsie, la cataplexie du réveil, les auras épileptiques, etc. L'*état de dépersonnalisation* qui a une réalité clinique, vu du point de vue biologique, est donc un pseudo-problème puisque ce n'est qu'un moment du temps artificiellement découpé pour les besoins de l'analyse dans un processus continu. Comme l'a dit récemment un profond commentateur de Bergson, il s'agit d'une *illusion rétrospective* ; ceci dit simplement en passant pour illustrer la supériorité de la méthode biologique telle que nous la comprenons.

3° Nous arrivons maintenant au processus final le plus caractéristique et le seul spécifique de l'hallucination : la *projection spatiale*. Ici, il est légitime et indispensable d'appeler à son aide tout ce que la physiologie des appareils récepteurs nous a appris. Or, il est nettement établi par toute une série de travaux, qu'il serait trop long d'énumérer dans le détail, que tout appareil récepteur est en relation intime avec l'appareil postural ; cette dernière expression ne doit être prise que comme une simple étiquette, car les travaux de ces vingt dernières années nous ont appris que, comme toutes les fonctions nerveuses, la fonction posturale se compose de toute une série de *niveaux* dont les représentations s'étagent depuis la moelle jusqu'au pôle

frontal. Parmi ces appareils, le labyrinthe joue un rôle primordial en rapport avec l'appareil auditif et optique. Ceci a été montré par C.-S. Sherrington pour ce dernier, par Tuillio pour le premier. C'est la proprioceptivité posturale réfléchie au niveau cortical qui paraît bien le fait objectif en rapport avec la projection.

Or, il y a de nombreux faits qui permettent d'admettre que c'est un processus identique qui permet l'extériorisation par rapport au corps de l'« *image hallucinatoire* ». Il faut admettre seulement que dans l'hallucination, comme dans la perception, le *schéma postural* doit être réalisé *dans son ensemble* et non dans une de ses composantes seulement. On sait en effet que toute « *image visuelle* » par exemple s'accompagne de mouvements esquissés de la musculature extrinsèque des yeux, etc.

La principale objection faite à ce point de vue repose, à notre avis, sur l'interprétation inexacte d'un phénomène assez banal dans le matériel clinique psychiatrique. Il s'agit de ces malades appelés inexactement parfois « *vieux déments* » qui ont des *attitudes motrices* (1) (terme équivalent pour nous à posture) très nettes et qui, lorsqu'on les interroge, disent qu'ils n'« *entendent* » pas « *par les oreilles* », mais « *par la langue, le larynx, ou même les dents* » (cas d'un malade de Ségla). Prendre à la lettre ce que disent ces sujets et l'interpréter avec notre mentalité de normal, dominé par la causalité logique, nous paraît être une erreur contre laquelle le grand Hughlings Jackson s'élevait déjà lorsqu'il conseillait de ne jamais perdre de vue le niveau de désintégration (il disait de dissolution) devant lequel on se trouve. Les malades en question présentent en effet un degré de *désintégration en briques* assez avancé, et par conséquent pour comprendre la signification de leur langage, il nous faut retracer le développement ontogénique et même phylogénétique de la *fonction langage*. Si nous faisons cela, nous trouvons que, seule, une physiologie non fondée sur le développement de la fonction a pu séparer l'appareil auditif de l'appareil phonatoire ; l'un et l'autre constituent deux composantes d'une même fonction. Or, c'est le propre de la *désintégration en briques* et de la *causalité agglutinée* de morceler la fonction et de n'en faire apparaître qu'une composante isolée.

(1) Nous avons employé cette expression, dès 1914, dans un article où nous attirions l'attention, d'une part sur l'intérêt neurologique de l'œuvre de Bergson, d'autre part sur l'importance des premiers travaux de Pavlov sur le sommeil qui, loin d'être une nouveauté, remontent à 1913. Cf. R. MOURGUE. Les réflexes conditionnels dans l'œuvre de Pavlov. *Annales médico-psychologiques*, août-septembre 1914.

Nous pensons donc en définitive que la si curieuse manière dont s'expriment les soi-disant « *vieux déments* » des Asiles n'est nullement une raison de ne pas reconnaître chez eux la *projection spatiale*. Ceci corrobore ce que nous disions au début, à savoir que le matériel clinique des Asiles est parfois d'une complexité qui le rend inutilisable.

L'hallucination vraie est donc essentiellement caractérisée par la mise en branle par la sphère instinctive, dans des conditions déterminées d'inhibition corticale, de l'*appareil de projection* propre à la sphère de l'orientation.

Nous ne pourrions mieux résumer notre conception sur ce point essentiel qu'en citant ce que Bergson écrivait déjà en 1896 : « Si nos analyses sont exactes, le sentiment concret que nous avons de la réalité présente consisterait dans la conscience que nous prenons des mouvements effectifs par lesquels notre organisme répond naturellement aux excitations. »



Nous ne pouvons entrer ici, à la lumière des données de la physiologie contemporaine, dans l'analyse des *attitudes motrices* ou *schéma postural* dont la connaissance est encore très lacunaire, mais nous voudrions indiquer un dernier point de la plus grande importance. L'état actuel de la physiologie nous permet de faire la synthèse des deux composantes les plus essentielles de l'hallucination, en montrant que l'appareil postural (fort ancien au point de vue ontogénique) qui intervient le plus, le labyrinthe, est aussi un appareil végétatif (Spiegel, Démétriadès, C. Winkler, Traina).

En outre, il est probable que tous les appareils récepteurs cérébraux-spinaux se doublent d'un appareil organo-végétatif qui a une fonction de régulation. Cela est net pour l'appareil pupillaire, mais existerait aussi au niveau rétinien (W.-R. Hess). L'étude des hallucinations au cours du zona ophtalmique nous permet d'attribuer à la cinquième paire et à ses connexions bulbaires avec le noyau du vague ainsi qu'à sa représentation au niveau ventral du thalamus une importance considérable. Il est probable, soit dit en passant, que l'« *hallucinoze pédonculaire* » de Lhermitte est due à l'excitation de la représentation mésencéphalique du vague et à la répercussivité consécutive au niveau de l'écorce. Or, il est extrêmement curieux de constater que, aussi bien au cours de l'hallucination qu'au cours des expériences qui ont été faites sur l'appareil végétatif récepteur optique et aussi tactile, c'est l'action du parasymphatique qui domine.

D'une façon générale, on peut dire que le point de départ de l'hallucination peut siéger à un niveau quelconque du système organo-végétatif ; les observations de Head sur les hallucinations survenant au cours des maladies viscérales montrent avec la plus grande netteté la possibilité du point de départ viscéral. Seulement, il faut toujours que finalement, par un processus de *répercussivité*, ce soit l'écorce qui soit intéressée. Parfois aussi, au lieu de la *répercussivité*, c'est l'autre loi antithétique du système organo-végétatif : l'*électivité locale*, qui intervient. Nous ajouterons que dans le système organo-végétatif, il faut comprendre, outre le système nerveux sympathique et parasympathique, les glandes endocrines et les électrolytes (F. Kraus).

*
**

Nous arrivons enfin au phénomène longtemps considéré comme le centre du problème de l'hallucination, celui que la psychiatrie classique appelle l'« *image* » ou les « *images* » hallucinatoires. Ici, c'est tout le problème de l'*engramme* qui se pose d'un point de vue particulier.

Tout d'abord, il serait nécessaire d'abandonner certaines expressions consacrées par l'usage quoique manifestement fausses, telles que celle d'*hallucination auditive* puisque, sauf le cas des bruits ou sons, cas d'ailleurs rares, ce sont des mots ou des phrases dont le sujet *comprend* en général la signification. C'est donc tout le cerveau qui est ici intéressé et il y aurait lieu de substituer à l'expression classique celle d'*hallucination de la fonction-langage*. Pas plus qu'on ne fait jouer un rôle aux *images* dans les théories modernes de l'aphasie, pas plus, il n'est besoin de faire appel à ces entités en ce qui concerne l'hallucination. Le vice essentiel de la terminologie classique est de masquer la complexité des phénomènes.

Laissant de côté le caractère symbolique de l'hallucination, qui a été traité par l'école psychanalytique, il convient de faire remarquer que l'*engramme labile* (C. v. Monakow et R. Mourgue), c'est-à-dire, rappelons-le, susceptible d'être en relation avec une multiplicité d'instincts, a un certain nombre de composantes. L'une de celles-ci est précisément le *schéma postural* à l'état latent ou, suivant une expression récente de C.-S. Sherrington, à l'état de *frange subliminale* (*subliminal fringe*). Les autres sont constituées par toute une série de composantes appartenant à des moments du temps différents dont certains remontent aux premières années de la vie. L'*engramme* ecphoré avec le pas-

sage à l'état actuel du *schéma postural*, qui constitue l'hallucination proprement dite, se présente toujours comme un tout (même s'il constitue un ensemble fragmenté, cas de certains schizophrènes), et ceci est d'accord avec la *Gestalt*, mais celle-ci ignore le temps et les stades d'apparition dans le temps des composantes de la fonction, indispensable à la claire compréhension des phénomènes de désintégration.

En résumé l'hallucination est pour nous un phénomène plongeant profondément dans la vie organique du sujet et nullement, je ne sais, quel phénomène dit psychique supérieur. Manifestant la vie instinctive qui s'empare subrepticement de l'appareil de projection spatiale de la sphère de l'orientation, elle est l'expression d'une compensation à un trouble plus ou moins profond de cette vie instinctive. Sa compréhension repose sur les deux principes posés à dix ans de distance par Bergson : 1° le rôle des *mouvements naissants* que la physiologie d'aujourd'hui a confirmé sur toute la ligne. C'est notre *schéma postural* ; 2° la distinction fondamentale des deux sphères, dont nous avons montré antérieurement, avec C. v. Monakow, qu'elle commande l'étude de toute la vie du système nerveux.

Confusion mentale retardée après ictus émotif.

Bégalement émotionnel, par M. FOLLY.

Les cas de confusion mentale par peur morbide, observés fréquemment pendant la dernière guerre et étudiés par divers auteurs : Brousseau, Chavigny, Vallon, Briand, G. Dumas, Rogues de Fursac, se rencontrent rarement en temps de paix. Aussi avons-nous cru devoir rapporter l'observation suivante :

D... Claude, 21 ans, fumiste, incorporé en avril 1930 au 146^e régiment d'infanterie, à St-Avold, avec son frère jumeau, est envoyé le mois suivant pour monter la garde de nuit aux abords d'une poudrière. Il avait déjà assuré cette garde une première fois sans incident, mais il apprend, avant de se rendre à son poste, que des sentinelles ont essuyé la nuit des coups de feu, qu'on suppose avoir été tirés par des Allemands.

Il arrive à son poste très apeuré, tout tremblant, pour prendre la garde pendant quatre heures consécutives : de 23 heures à 3 heures. Tout à coup, se trouvant seul, il prend peur et croit voir devant lui un cavalier allemand, coiffé du casque, et qui le met en joue. Il perd connaissance, tombe et roule dans un trou pour le cable du paratonnerre. Il ne se fait aucun mal et revient à lui au bout de quelques

minutes. Il appelle la garde. Par bonheur, son frère se trouve là, fort à propos, le réconforte, lui offre de le remplacer, et monte la garde à sa place.

A partir de ce moment, D... devient tout drôle, absent, égaré, les yeux vagues. Dès qu'on lui adresse la parole, il regarde fixement, l'air absent. Si on le touche à ce moment, il a un sursaut et revient à lui. Il vit dans un rêve perpétuel. Il croit voir constamment le cavalier allemand devant lui. Cette vision l'obsède, et lui fait perdre le contact avec la réalité. Il oublie l'heure des repas ou des exercices, s'affaiblit progressivement et ne supporte plus les fatigues des marches au cours desquelles il est tombé plusieurs fois.

Peu à peu, il devient de plus en plus obnubilé et somnolent. Cet état attire l'attention ; il est envoyé à son médecin, qui le fait immédiatement hospitaliser.

A son entrée à l'hôpital, il est dans un état de torpeur et de somnolence, dont il est difficile de le tirer. La parole est hésitante, presque impossible. Il ne peut donner aucun détail sur sa maladie, de sorte que son médecin traitant en ignore totalement l'origine. A l'examen, fièvre modérée, ne dépassant pas 38°, état saburral. Du côté du système nerveux, pas de nystagmus, ni de diplopie, réflexes pupillaires normaux. Pas de signes méningés, malgré une céphalée assez vive. Du côté des membres, vivacité des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde de la rotule droite avec secousses musculaires du quadriceps. Pas de signe de Babinski.

En présence de cet ensemble de signes, malgré l'absence de signes oculaires, on pense à une encéphalite léthargique, et on pratique aussitôt un abcès de fixation, qui amène, au bout de trois jours, une détente rapide. Le B.-W. sanguin est négatif, une ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien clair, un peu hypertendu, de composition normale.

Le malade peut alors donner quelques détails sur l'origine de sa maladie et les crises nerveuses qu'il a présentées pendant les marches. Le diagnostic d'encéphalite est abandonné et l'on attend que le malade soit guéri de son abcès de fixation pour l'évacuer sur notre service de Neuro-Psychiatrie.

Il y arrive assez déprimé. Son faciès est pâle, son regard brillant et un peu anxieux. Il répond en bégayant, et ce bégaiement se manifeste surtout chaque fois qu'il doit prononcer la consonne *s* ou *ç*. Il nous raconte qu'il n'a jamais bégayé avant sa maladie.

Il présente de la tachycardie émotive à 88 pulsations. Rien aux poumons. Rien du côté de l'appareil digestif. Urines absolument normales.

Du côté du système nerveux, réflexes tendineux vifs, zones d'hypoesthésie aux membres inférieurs et à l'abdomen, réflexe cutané plantaire en flexion, vif, réflexes cutanés abdominaux presque abolis.

Léger strabisme convergent de l'œil droit, pas de diplopie, ni de nystagmus. Pas de troubles des mouvements associés.

Réflexe cornéen, réflexe pharyngien : normaux.

Troubles neuro-végétatifs accusés : tremblement de la langue et des doigts, dermographisme, acrocyanose, hypersudation, vivacité du réflexe pilo-moteur. R. O.-C. faible = 4.

B.-W. sanguin, négatif.

Le malade nous raconte qu'il est né à terme, à la suite d'une grossesse gémellaire. Son frère jumeau est l'aîné, il a toujours été plus vigoureux que lui. Il a un autre frère et deux sœurs bien portantes, sans aucune tare nerveuse. Il a eu des convulsions vers l'âge d'un an, mais aucune autre maladie jusqu'à l'âge de 17 ans.

Son père est un éthylique avéré, violent, qui brutalisait sa femme. Il a souvent assisté à des scènes pénibles qui l'ont vivement émotionné. Vers l'âge de 20 ans, il a soigné sa mère pendant cinq mois consécutifs d'un cancer secondaire de la colonne vertébrale, avec douleurs atroces, eschares, etc... et s'est beaucoup fatigué à la veiller la nuit.

Dès l'âge de 17 ans, il a commencé à avoir des crises nerveuses à la suite de discussions avec son père. Il en a eues plusieurs fois depuis et en a eues à son arrivée au régiment.

Après l'incident de la poudrière, il a été séparé de son jumeau pour être affecté à une autre unité ; il en a conçu un vif chagrin. De plus, il s'est vu refuser une permission, parce qu'il n'avait pas pris part aux manœuvres. Tout cela s'est ajouté à la peur éprouvée pour réaliser chez lui un complexe émotionnel.

Traité par la simple psychothérapie, le repos, le calme, D... s'est vite rétabli et remis en confiance. Son bégaiement a disparu spontanément. D... a été envoyé passer quelques jours dans sa famille, ce qui fera plus pour sa guérison que toutes les médications.

L'examen mental a montré chez D... un certain degré de ralentissement des processus psychiques : attention, mémoire, jugement, raisonnement. Il avait une extrême difficulté d'apprendre à l'école et un état anxieux et phobique très marqué. Il a peur de toutes les épreuves auxquelles on veut le soumettre : R. O. C., etc..., ne veut plus de piqûres.

Les crises qu'il a eues ont tous les caractères des crises pithiatiques. On peut donc en conclure que D... est un débile pithiatique, à réactions imaginatives intenses et de constitution hyperémotive. Sous l'influence du choc émotif éprouvé à la poudrière, et aggravé par diverses contrariétés : refus de permission, séparation de son jumeau ; son imagination surexcitée lui a représenté constamment le cavalier allemand qu'il avait cru voir devant lui ; il en est résulté une sorte de cercle vicieux,

l'émotion entretenant l'imagination et réciproquement. Le tout a abouti à un trouble humoral déterminant à la longue des phénomènes de confusion mentale. Le pithiatisme nous paraît prouvé par la coexistence du bégaiement, qui a disparu spontanément au bout de quinze jours par la simple psychothérapie. L'épreuve de l'hyperpnée expérimentale s'est montrée chez lui négative.

Il s'agit donc chez D... d'une peur morbide par choc émotif résultant d'une hallucination terrifiante, peur morbide à effet retardé ayant abouti à une confusion mentale avec somnolence prise faute de renseignements, pour une encéphalite. Il est probable que si son médecin eût été suffisamment éclairé, il eût pu obtenir la guérison à moins de frais que par un abcès de fixation, avec un choc au propidon par exemple, qui nous a donné déjà de bons résultats dans plusieurs états confusionnels, joint à une cure de désintoxication.

Hyperazotorachie et hyperchlororachie dans certaines maladies mentales, par M. CAHANE.

Les recherches de Blum, Graber et Van Caulert ont démontré qu'il existe une hyperazotémie par manque de sel. Thiers a décrit un syndrome caractérisé par une chloropénie sanguine et rachidienne en même temps qu'une azotémie.

	URÉE SANGUINE	LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN		
		Urée	ClNa	Chlore
1. Chien adulte.				
Avant.....	0,30 0/00	0,24 0/00	7,72 0/00	4,69 0/00
155 heures après la ligature des uretères, coma urémique	4,65 0/00	4,65 0/00	8,20 0/00	4,92 0/00
2. Chien adulte.				
Avant.....	0,24 0/00	0,28 0/00	7,78 0/00	4,72 0/00
46 heures après la ligature des uretères, coma urémique	3,40 0/00	3,20 0/00	8,19 0/00	4,97 0/00

Le chlore cérébral était dans ces cas de 1,78 0/00 et 1,80 0/00, donc une chloropexie tissulaire.

Van Caulert, Monguis et Stricker, Van Caulert et Petrequin, ont précisé les modifications minérales du sang et des tissus consécutives à un obstacle à l'excrétion rénale ou à une néphrite aiguë sans œdèmes.

Dans une note à la Société Médicale des hôpitaux de Bucarest, nous avons pu confirmer ces faits. En déterminant une hyperazotémie par injection intraveineuse d'urée et surtout en pratiquant la ligature des uretères chez deux chiens, nous avons produit une hyperazotémie et hyperazotorachie, en même temps qu'une hypochlorémie plasmatique et globulaire, et une chloropénie tissulaire. Par contre, nous avons constaté dans ces cas une augmentation du chlore et ClNa rachidien.

Dans un cas de coma urémique chez un tabo-paralytique général, nous avons trouvé de même une importante augmentation du chlore rachidien.

SANG			LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN		
Urée	Cl. plas.	Cl. glob.	Urée	Chlore	ClNa
3,60	5,54	4,11	2,40	10,17	6,17

Urée du suc gastrique (prélevé à l'autopsie), 6,20 0/00.

Le chlore cérébral était de 1,09, le chlore musculaire de 1,02, le chlore du muscle cardiaque 1,32 0/00, donc plutôt une chloropénie tissulaire.

En poursuivant des recherches sur le rapport entre l'urée du sang et l'urée du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales (1), nous avons été surpris de trouver dans certaines psychoses — surtout confusion mentale — que l'hyperazotémie et l'hyperazotorachie étaient accompagnées d'une augmentation du chlore rachidien pendant que le chlore sanguin était normal ou diminué.

Il faut rappeler que Targowla, Ballif, ont aussi trouvé l'augmentation de l'urée sanguine, avant nous, dans certaines psychoses aiguës avec lésions rénales.

Dans nos cas nous n'avons pu noter des lésions rénales nettes, ainsi que le trouble dans le métabolisme du chlore et de l'azote, il faut le rapporter à une autre cause.

(1) Cong. Roum. de Neurologie, Psychiatrie et Endocrinologie, 1930, Jassy.

Voici quelques-uns de nos résultats :

	URÉE DU SANG	LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN		
		Urée	Chlore	ClNa
1. Confusion mentale	1,08	0,82	4,60	7,58
2. — —	2,40	2,40	4,82	7,95
3. P. g. p. état conf..	0,72	0,68	4,72	7,67
4. — — ..	0,66	0,64	4,61	7,61

Dans 40 autres psychoses où l'urée du sang a varié dans les limites normales, le chlore et le ClNa du liquide céphalo-rachidien ont oscillé entre 4,23 et 4,50 le premier et 6,97 et 7,42 le dernier. Dans les cas avec hyperazotorachie, nous avons des chiffres supérieurs de chlore et de ClNa dans le liquide céphalo-rachidien.

Il faut rappeler que dans le cas 2, nous avons eu une forme primaire d'encéphalite psychosique avec hyperthermie, hyperazotémie et hyperazotorachie ; à l'examen histopathologique, nous avons trouvé les lésions décrites par Toulouse, Marchand et Courtois. L'examen du chlore cérébral dans ce cas nous a montré une chloropexie importante, 2,07 (1).

Dans le même ordre d'idées, il faut rappeler que récemment Macera, Feiges et P. Kafer (2), ont publié un cas de syndrome méningée avec urémie, chloropénie sanguine et hyperazotorachie ; le chlore rachidien était augmenté.

Donc, nous pouvons affirmer que dans certaines psychoses avec hyperazotémie et hyperazotorachie, pendant que le chlore sanguin est normal ou diminué, le chlore du liquide céphalo-rachidien est augmenté.

Hôpital de l'Etat Diciosanmartin (Roumante).

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des Séances,
COURBON et DEMAY.

(1) Etude anatomo-clinique d'un cas d'encéphalite psychosique. Congrès Roum. de Neurologie, Psychiatrie et Endocrinologie, 4-5-6 oct. 1931.

(2) *La Semana Medica*, T. XXXVII, n° 49, 4 déc. 1930.

SOCIÉTÉS

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 26 Septembre 1931

tenue à la Clinique psychiatrique universitaire (Hôpital Brugmann)

Présidence de M. HOVEN

M. HOVEN, *Président*, en ouvrant la séance, exprime le plaisir qu'éprouve la Société à tenir cette première réunion dans les nouveaux locaux de la clinique psychiatrique universitaire, érigée récemment dans l'enceinte de l'Hôpital Brugmann, grâce à la collaboration de toutes les communes de l'agglomération bruxelloise.

L'enseignement universitaire de la psychiatrie à Bruxelles,
par M. Aug. LEY.

C'est en l'an XII de la République, sous le gouvernement du Premier Consul, et spécialement sous l'influence de l'homme éclairé qu'était à cette époque le Préfet du département de la Dyle, M. Doulcet Pontécoulant, que les « insensés » bruxellois furent obligatoirement traités pour la première fois dans un hôpital général.

Les idées de Pinel venaient en 1804 de surgir au milieu de la tourmente révolutionnaire, et les glorieux sans-culottes, dans leur idéalisme réformateur, apportaient à l'Europe, avec une clarté de vues et un extraordinaire souci dans l'organisation des détails, les idées nouvelles. L'établissement cellulaire, dans lequel étaient détenus les aliénés jusqu'à cette époque, fut transformé en prison, après la création de l'asile-dépôt de l'Hôpital St-Jean, qui a été conservé jusqu'au mois de mai dernier.

Après avoir rendu hommage aux Maîtres Joseph de Smeth et Jean de Boeck, le Prof. Aug. Ley insiste sur l'importance de la fusion des enseignements théorique et clinique qui est assurée à l'Université, actuellement et pour l'avenir. Des démonstrations sont faites aussi aux étudiants en droit, en philosophie et en pédagogie, dont l'éducation psychiatrique est nécessaire au point de vue du progrès social.

Le conférencier souligne enfin l'importance de l'étape qui vient d'être franchie, par la création du *premier service ouvert officiel*, dans le cadre, non d'un asile, mais d'un grand hôpital.

L'organisation médicale de la clinique psychiatrique universitaire,
par M. G. VERMEYLEN.

Deux pavillons, A — « ouvert » — et B — « fermé » —, une consultation journalière pour psychopathes, situés dans le cadre d'un grand hôpital et travaillant en collaboration avec les services médicaux et chirurgicaux, les laboratoires et le centre de recherches scientifiques de la Fondation Reine-Elisabeth, telle est dans ses grandes lignes l'organisation de la nouvelle clinique psychiatrique.

Paralysie générale. Troubles mentaux non démentiels deux ans après malariathérapie, par M. G. VERMEYLEN.

M. G. Vermeylen présente un cas de paralysie générale à forme expansive, guéri cliniquement après malarisation, et qui deux ans après, *au moment où les réactions sérologiques devenaient négatives*, présente de nouveaux troubles mentaux, mais cette fois sans aucune allure démentielle, et à forme de délire chronique hallucinatoire et d'interprétation.

Un cas de tumeur cérébrale, par M. HEERNU.

M. J. Heernu présente un cas de tumeur cérébrale chez une femme de 40 ans, dont l'intérêt réside surtout dans la complexité des symptômes présentés et la difficulté du diagnostic différentiel. Admise dans le coma, elle présenta ensuite un état de somnolence avec légère élévation thermique, puis quelques crises convulsives et enfin un syndrome polynévritique caractérisé par des troubles mnésiques avec abolition des réflexes tendineux et myalgies. Une double ventriculographie révéla l'existence d'une tumeur cérébrale.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

De l'angoisse à l'extase. *Etudes sur les croyances et les sentiments*. Tome second : *Les sentiments fondamentaux*, par le Dr Pierre JANET, Membre de l'Institut, Professeur de Psychologie au Collège de France. (1 vol. gr. in-8°, 700 pages, *Travaux du Laboratoire de Psychologie de la Salpêtrière*. Dixième série, Paris, Félix Alcan, édit.).

Nous avons rendu compte ici (1) du premier volume dans lequel le professeur Pierre Janet, après avoir exposé la biographie et les divers états d'équilibre, de tentation, de sécheresse, de torpeur, de consolation, d'une malade délirante particulièrement intéressante, a donné une remarquable étude des croyances et des troubles intellectuels dans le délire religieux.

Il existe, au-dessous de ces croyances, un ensemble de sentiments qui évoluent, se transforment et déterminent puissamment la direction des croyances. C'est à l'étude des *sentiments fondamentaux* que ce deuxième volume est consacré. M. Pierre Janet suit ici la même méthode que dans le premier volume, « les faits psychologiques doivent être présentés comme des conduites et exprimés en termes d'actions » (2). Il donne sa conception des sentiments considérés comme des régulations de l'action, conception qui peut contribuer à les rattacher à la psychologie de la conduite.

I. Dans la *première partie* de cet important ouvrage, l'auteur pose le problème des sentiments en rappelant les diverses conceptions des sentiments. Après en avoir analysé les caractères apparents et passé en revue la psychologie philosophique des sentiments, la théorie périphérique et les critiques de la théorie périphérique, enfin les théories pragmatiques, l'auteur s'étend plus longuement sur un sentiment très intéressant pour le psychologue, le *sentiment du vide*. Ce sentiment très singulier, auquel M. Pierre Janet a consacré d'importants travaux, est très souvent exprimé par les malades en état de dépression. Il se présente comme un sentiment négatif, comme le sentiment de l'absence, de la disparition des sentiments nor-

(1) *Annales Médico-psychologiques*, novembre 1927, pages 376-381.

(2) Pierre JANET. — *De l'angoisse à l'extase*. Tome I, p. 203.

maux. C'est une forme extrême des sentiments de dévalorisation. Son apparence la plus simple et la plus commune est le sentiment si fréquent de la perte des sentiments et des affections ordinaires. La souffrance a disparu aussi bien que la joie. On retrouve ce sentiment de vide dans tous les sentiments. Il s'étend à d'autres opérations psychologiques, aux perceptions, à la mémoire, à l'activité, à la volonté personnelle. Le plus souvent, les malades ne font pas d'analyse psychologique ; ils appliquent ce sentiment à leur personnalité, en général considérée comme un être.

Le sentiment du vide peut accompagner les actes sociaux et les actes perceptifs. Il est alors presque toujours objectivé, contribuant à donner à la perception des objets et des personnes un caractère d'étrangeté. S'appliquant à la mémoire, il transforme l'appréciation du temps, modifie le souvenir de certaines périodes de la vie. Ce qui manque alors, c'est le caractère affectif des souvenirs, la mémoire affective dont parlait Ribot.

Ces sentiments du vide, qui peuvent prendre des formes si variées, jouent un grand rôle dans l'évolution des troubles de la pensée et sont le point de départ de la plupart des obsessions de scrupule, de honte, aboutissant aux délires du vide et aux états de vide.

Les diverses théories qui cherchent à expliquer le sentiment du vide par des anesthésies externes ou internes sont viciées par des préoccupations philosophiques et par une confiance trop grande dans la théorie périphérique des sentiments. Elles ne tiennent pas un compte suffisant de l'observation des faits cliniques. Le sentiment du vide est un trouble de l'action et non de la sensibilité ou de la conscience mal compris. M. Pierre Janet distingue les actions primaires, provoquées primitivement par la stimulation venant du monde extérieur, et les actions secondaires, plus complexes, réactions à l'acte primaire lui-même comme celui-ci est une réaction aux stimulations extérieures. Le sentiment du vide, et plus encore l'état de vide, dépend de la suppression d'une foule d'actes secondaires, d'échos et d'harmoniques, accompagnant habituellement l'action normale.

II. De ces actions secondaires, il en est quelques-unes particulièrement fréquentes et régulières. La *deuxième partie* de ce deuxième volume est consacrée aux *régulations de l'action*. Le *sentiment de pression*, sentiment d'action exagérée, de renforcement de l'action, n'est pathologique que dans ses formes exagérées. Ni tristesse, ni joie, il peut se mêler à l'une ou à l'autre. Les « états de pression », très fréquents, sont intermédiaires entre les véritables états de dépression et les « états d'élévation ».

Etudiant les sentiments de pression et l'effort, l'auteur envisage successivement l'agitation active dans l'ardeur et dans la passion, l'inquiétude, l'ennui, l'obsession. Il fait observer que l'inquiétude est caractérisée avant tout par l'acte de la précaution, l'ennui par l'exagération de la recherche de la distraction. L'ennui est très près de l'obsession. L'ennuyé est un obsédé qui change à tout moment son obsession. L'inquiétude et l'ennui sont diffus et surajoutent de l'action à des tendances variées, l'obsession est de l'inquiétude localisée sur un point, sur une seule question au moins pendant un certain temps.

M. Pierre Janet insiste sur le sentiment de l'effort, la conduite de l'effort, la tendance à la régulation des actes par l'effort, l'évolution de la réaction de l'effort et l'exagération de cette réaction. Pour montrer le rôle des actions secondaires dans l'effort, il étudie trois attitudes particulières que nous pouvons prendre entre beaucoup d'autres, au moment de la percep-

tion des objets extérieurs : l'attitude réaliste, l'attitude spectaculaire et l'attitude cogitative. Etablissant ici une distinction nouvelle, il enseigne que l'effort, en s'ajoutant à l'appétit, le transforme en désir. Enfin, l'état maladif, la diminution des forces que révèle l'obsession est pourtant un trouble moins grave que celui de l'état de vide. C'est, sous une forme encore incomplète et irrégulière, un signe du retard de l'attention et de l'intérêt.

L'étude des *états d'inaction morose* et des *fatigues* ramène à la considération du sentiment de vide. Ces états, souvent observés dans la psychose périodique et dans la psychasthénie peuvent être confondus avec la paresse, méconnus dans la schizophrénie, la démence précoce, apparaître à la suite des blessures du crâne et du cerveau, dans les tumeurs cérébrales surtout frontales, les syndromes parkinsoniens. On y observe les idées et les sentiments de dévalorisation, les inactions avec misonéisme, diminution de l'action morale, tendance à la rêverie, somnolence, des formes anormales avec agitation surajoutée, des délires d'inaction (délires de paresse, de sommeil). C'est là un délire du sentiment. L'inaction morose n'est pas une expression passive de l'épuisement sous-jacent ; elle n'est pas en proportion avec lui quand il existe. C'est une inaction active par excès de fonctionnement d'une réaction de régulation, d'une réaction de freinage.

Après avoir déclaré que les classifications psychiatriques actuelles ne peuvent pas servir à classer les malades, mais seulement à distinguer les Ecoles, M. Pierre Janet passe en revue les idées et les sentiments qui dominent dans les *états mélancoliques et les tristesses*. Il en décrit le tableau clinique, en donne de nombreux exemples et les résume dans cette expression « la peur de l'action ». Au sentiment de la peur correspond la conduite de la peur, car l'une n'est que la prise de conscience ou l'expression de l'autre. Le vrai suicide, est déterminé par la peur de la vie, comme le vrai ascétisme est la peur du plaisir lui-même. Il est l'expression la plus complète de la peur des actes et de l'inversion de toutes les tendances à l'action, qui sont toujours des tendances vitales.

Faisant la critique de la théorie viscérale de l'angoisse, l'auteur montre que la plupart des troubles constatés se rattachent à un désordre de toutes les fonctions neuro-végétatives qui dépendent du sympathique dans son ensemble. On arrive souvent à les atténuer beaucoup sans que l'état anxieux disparaisse. Ils ne peuvent rendre compte de l'ensemble si complexe des sentiments et des conduites mélancoliques.

L'angoisse est un élément de la « réaction de l'échec ». L'anxiété n'est qu'une angoisse répétée à propos d'un grand nombre d'actions et étendue à toute la vie. Les troubles des fonctions physiologiques sont en relation étroite avec les conduites d'ensemble, les efforts et les arrêts. Ils ne sont pas spécifiques. S'ils existaient seuls, ils ne pourraient distinguer la tristesse de l'effort, ni peut-être même de la joie. Ce qui est caractéristique dans l'anxiété, c'est cet ensemble d'idées et de sentiments sur les événements, sur les objets extérieurs et sur la conduite même du sujet. Et M. Pierre Janet critique la distinction entre le délire et le sentiment d'anxiété, entre la mélancolie simple et la mélancolie délirante. Le trouble délirant existe déjà dans le sentiment lui-même et l'intérêt de la distinction réside sans doute uniquement dans le diagnostic du degré de la maladie.

Les *états d'élévation* caractérisés par des sentiments de joie sont souvent

désignés par le terme ambigu d'excitation. Au lieu des idées et des sentiments péjoratifs sur les choses et sur les actions se développent des sentiments optimistes exactement contraires, des états de jubilation, d'agitation gaie. La « réaction de triomphe » caractéristique de la conduite du succès est un arrêt définitif de l'action identique à celui constaté dans la réaction de l'échec. Le sentiment de la joie est la prise de conscience de la réaction de triomphe et son expression par un ensemble de nouvelles réactions qui rattachent la première à la personnalité. Il joue un rôle considérable dans les phénomènes psychologiques supérieurs et dans l'activité. De lui dérivent le *sentiment de la présence* et le *sentiment du pouvoir*. Quand elle devient fréquente, quand elle se complique des réactions surajoutées qui en font le sentiment de la joie, la réaction de triomphe devient l'objet des désirs et des efforts et dirige une grande partie de l'activité humaine. C'est elle que l'on retrouve dans les délires de jubilation. La jubilation se rattache aux agitations joyeuses par l'exagération et la précipitation de la réaction de triomphe et par l'exploitation de cette réaction dans le jeu, mais sans la conscience du jeu.

Les conditions des états d'élation se rattachent à l'abaissement de la tension psychologique, à la perte des synthèses plus étendues propres au stade supérieur. C'est la suppression des fonctions supérieures qui devient l'occasion des exagérations de l'action et du triomphe. Enfin, il faut, comme toujours, faire intervenir ici les habitudes et les dispositions devenues constitutionnelles. Il y a des dispositions au délire de la joie, comme des dispositions au délire de la tristesse.

III. La *troisième partie* de cet important ouvrage est consacrée à l'étude de l'*organisation des sentiments*. A côté des sentiments envisagés jusqu'ici, sentiments normaux exagérés et déformés par la maladie, M. Pierre Janet place d'autres phénomènes, moins nets dans la conscience, ne correspondant pas à des conduites bien réglées, se rapprochant de la maladie à laquelle ils donnent souvent naissance. Les principales de ces formes anormales sont les *émotions* et M. Pierre Janet est d'avis de réserver le nom d'émotion à l'émotion-choc. Cette émotion est surtout une puissance désorganisatrice. Son caractère essentiel est une régression brutale vers les conduites inférieures, régression qui peut d'ailleurs présenter une certaine utilité dans des circonstances particulières. Les stimulations de l'émotion ne présentent pas de caractères qui leur soient propres. Ce sont les mêmes que celles des autres sentiments : la difficulté de l'action, la lenteur du passage à la consommation, la persistance des troubles malgré les efforts.

Les systématisations et les exagérations de l'émotivité éveillent l'idée d'une constitution psychologique, d'habitudes de plus en plus impérieuses de réagir d'une certaine manière et de chercher à réagir de cette manière. On ne peut considérer la conduite émotive comme uniquement déterminée par des troubles viscéraux apparents. L'émotivité constitutionnelle suppose une certaine déchéance des fonctions régulatrices de l'action et une régression de ces fonctions à leur forme primitive et inférieure. En dehors des émotivités constitutionnelles, il est des émotivités en quelque sorte passagères, accidentelles, généralement accompagnées d'un nombre plus ou moins grand de troubles de la série psychasthénique. Tous les phénomènes psychologiques qui ont pour conséquence des affaiblissements amènent de l'émotivité.

Les *états de béatitude* se caractérisent par la suppression à peu près

complète de toute activité motrice et une disposition à l'immobilité, l'activité plus ou moins grande de la pensée intérieure, un grand sentiment de joie. On en observe dans le rêve et dans divers états pathologiques, démen-ces avancées (Mignard), idiotie, épilepsie, hystérie, asthénies psychologi-ques, délire psychasthénique (Pierre Janet), intoxications. L'auteur rappelle aussi l'euphorie des mourants, et enfin les états d'extase tels que celui de Madeleine décrit dans le premier volume. Il s'agit d'un délire de bonheur et de puissance, sous forme de crises alternant avec des états de pression, de morosité, de mélancolie, terminant souvent une longue période de dépression et précédant immédiatement le retour à l'équilibre et à la santé. Le sujet est toujours indifférent aux choses de la terre et aux actions qui ont des conséquences dans ce monde. Ses rêveries ont une association étroite avec les idées religieuses ou une métaphysique idéaliste. Pour Maréchal, la pensée extatique est une ultra-pensée caractérisée par la disparition des procédés ordinaires de la pensée. Pour Ribot, l'extase était une marche vers l'unification de l'esprit, le monoïdéisme et la joie étaient en rapport avec la suppression des doutes et des contradictions.

Commentant l'interprétation de Mignard, M. Georges Dumas dont il est superflu de rappeler ici les remarquables travaux sur les émotions, le sourire, la tristesse et la joie, admet que ces joies sont dues à l'absence d'inhibition, à la complète réalisation de la tendance au repos. M. Pierre Janet, tout en acceptant cette opinion que la béatitude est un sentiment agréable produit par la suppression de toute contrariété qui pourrait s'opposer à l'activité des tendances, absence d'efforts qui se traduit encore chez ces sujets par le sentiment d'automatisme, fait observer qu'il y a chez eux un sentiment positif de joie. Etudiant le jeu de la pensée, les sentiments de tristesse et la réaction de triomphe dans les interventions, il conclut que les béatitudes sont des réactions à l'état produit par la régression et le rétrécissement consécutif à une cause quelconque d'épuisement. A propos de cet état, lui-même réduction de la vie, elles comportent une réaction de triomphe parfois considérable. Elles rentrent dans le groupe des sentiments déterminés par le jeu et par l'art. Elles peuvent, dans certains cas, jouer le rôle d'une réaction de défense et favoriser le relèvement des forces qui permettra plus tard l'action plus complète.

Dans un dernier chapitre sur *l'évolution des sentiments*, l'auteur résume les conclusions de cette étude des sentiments fondamentaux et revient sur l'importance de la fonction de régulation. A propos des recherches si inté-ressantes de Jean Camus et Lhermitte, il fait observer que la localisation anatomique des sentiments est rendue très difficile par la vague des notions psychologiques sur les sentiments. Les états de sentiment ne dépendent pas uniquement des circonstances extérieures, mais surtout des dispositions intérieures. Il est nécessaire d'étudier la succession des états de sentiment, succession qui dépend avant tout des changements de la force psycholo-gique et des procédés plus ou moins heureux que l'organisme emploie pour s'y adapter. Et non seulement les sentiments peuvent se succéder rapidement mais des sentiments différents peuvent se présenter à peu près simultanément. De même que l'instabilité, les ambivalences se rattachent à la régression de la conduite des sentiments.

L'équilibre des sentiments et le calme résultent du fonctionnement correct des tendances régulatrices, du rapport entre la force et la tension psycho-logique et de l'acquis antérieur de l'esprit. Le rôle des sentiments diminue

non seulement avec l'acervissement de la force, mais aussi avec l'élévation et le perfectionnement de l'esprit.

Appliquant au cas particulier de Madeleine décrit dans le premier volume les notions ainsi acquises, M. Pierre Janet montre que l'on retrouve dans ce cas les divers états de sentiment étudiés. La difficulté est de considérer l'ensemble de ces états et leur succession régulière chez le même sujet. Ce que nous appelons actuellement une maladie mentale n'est qu'un groupement relativement régulier et une certaine évolution de quelques symptômes psychologiques. Il est probable que la conception de la psychose maniaque-dépressive et la conception de la schizophrénie sont encore trop simples et trop schématiques. La distinction des maladies mentales dites organiques et des maladies mentales dites fonctionnelles repose sur une idée fausse. Ce caractère peut disparaître du jour au lendemain. Il n'y a pas de maladies sans modification organique, grande ou petite, durable ou passagère, connue ou inconnue.

Mais cette théorie défectueuse correspond en pratique à une distinction réelle. Dire qu'une maladie est fonctionnelle, c'est dire qu'une modification du fonctionnement peut la guérir et que la lésion organique, qui existe toujours, est telle qu'elle peut être modifiée par la transformation du fonctionnement. Dire qu'une maladie est organique, c'est au contraire affirmer que la lésion de l'organe ne sera pas influencée par la modification du fonctionnement. On peut dire que les maladies appelées organiques dépendent des troubles des fonctions primaires assez graves pour ne pas pouvoir être influencée par l'action des fonctions régulatrices et qui évoluent indépendamment de ces régulations. Le problème principal sera, plus tard, l'étude de cette force psychologique et des conditions de son affaiblissement.

Dans un nouvel ouvrage, l'auteur reviendra sur les formes dérivées des sentiments.

De nombreuses observations cliniques servent de base à ces études du professeur Pierre Janet, études dont l'intérêt primordial ne saurait être mis en valeur par un compte rendu trop résumé dans lequel il a fallu se contenter d'essayer de suivre la pensée directrice de l'auteur, en laissant de côté de très nombreux aperçus originaux. De grands problèmes de la psychiatrie sont envisagés dans ces deux volumes où sont mises en œuvre tant d'acquisitions antérieures dues aux beaux travaux du professeur Pierre Janet.

René CHARPENTIER.

Les malades dits imaginaires, par M. NATHAN. (1 vol. in-16, 134 pages, in *Collection des Actualités de Médecine pratique*. G. Doin et C^e, édit., Paris, 1931).

Dans un premier chapitre de ce petit livre, très clinique et rempli de nombreuses observations, M. Nathan rappelle les faux malades imaginaires qui ne sont considérés ainsi que parce que des syndromes tels que l'atonie vésiculaire latente (Chiray et Zitzerman), l'alcalose sanguine (Griffon), des troubles végétatifs ou endocriniens frustes (endocrino-névrose hypotensive de Laignel-Lavastine) ont pu passer inaperçus. D'ailleurs, ajoute M. Nathan, dans la grande majorité des cas, ces malades sont des malades de l'affectivité. Dans des cas de cénesthopathie, tels qu'ils ont été décrits en 1907 par Dupré et P. Camus, des auteurs ont pu signaler des lésions dis-

crêtes, des épines organiques et M. Nathan considère ce syndrome comme un syndrome « d'attente, destiné à disparaître lorsque la physiologie et la pathologie du système nerveux végétatif auront livré tous leurs secrets ».

L'auteur passe ensuite en revue les obsédés et les phobiques, les pithiatiques, les hypocondriaques. Il discute les rapports de l'hypocondrie avec la constitution paranoïaque, avec les processus d'auto-punition dépistés par la psychanalyse, etc.

En conclusion, M. Nathan ne croit pas qu'il existe de malades imaginaires. Il recommande de les examiner avec soin tant au point de vue psychique qu'au point de vue organique. Dans les cas de cause récente, il recommande les méthodes psychothérapiques rapides, torpillage, suggestion, hypnotisme même. Dans les autres cas, après avoir dépisté tous les conflits intimes des sujets, M. Nathan conseille d'avoir recours aux méthodes psychothérapiques lentes, psychanalyse de Freud ou même cette « psychothérapie sans nom d'auteur », suivant l'expression du professeur Auguste Forel, adaptée à chaque cas particulier.

René CHARPENTIER.

PSYCHANALYSE

L'écriture et le subconscient. *Psychanalyse et graphologie*, par le Dr Pierre MÉNARD. (1 vol. in-8° écu, 174 pages, 62 autographes et figures. Félix Alcan, édit., Paris, 1931).

La graphologie, selon Ribot, est un chapitre de la psychologie des mouvements. Etudiant les mouvements automatiques, elle est, écrit M. Pierre Ménard, une méthode scientifique d'étude du subconscient.

Tout en reconnaissant la valeur de l'objection de Mathias Duval, que l'écriture peut changer suivant les circonstances, et de l'objection de A. Liébeault que certaines lésions, celles du coude par exemple, peuvent troubler le jeu normal de l'écriture, M. P. Ménard s'élève contre l'opinion de Paul Sollier sur la valeur relative de la graphologie et l'importance du facteur personnel dans l'interprétation des signes graphiques. Pour M. P. Ménard, l'analyse du graphisme, étude des gestes subconscients inscrits sur le papier, a une base solide, scientifique.

Après l'exposé de la technique de l'analyse graphologique, la difficile étude des signes graphiques et des signes graphologiques (signe graphique accompagné de sa signification psychologique), l'étude et l'interprétation des gestes (énergie, direction, étendue, forme, rythme) sont présentées sous une forme intéressante et claire avec de nombreux spécimens d'écriture. Tout le subconscient, écrit l'auteur, est inscrit dans le rythme de l'écriture.

Les psychiatres sont plus intéressés que quiconque aux progrès de la graphologie et l'on sait quelle place prennent de plus en plus dans les Traités les écrits et les dessins des aliénés. Il faut, de plus, attirer l'attention sur cette remarque de M. P. Ménard que la graphologie, révélatrice du caractère, peut être aussi une excellente méthode de discipline mentale.

René CHARPENTIER.

PÉDAGOGIE

Dix conférences sur la pédagogie des enfants arriérés et anormaux, par un groupe de professeurs d'enfants arriérés, sous la direction du Dr Th. SIMON, Médecin du Service de l'admission à l'Asile Sainte-Anne, Président de la Société Alfred Binet. (1 vol. in-16, 224 pages, Imprimerie L'Universelle, Paris, 1931).

Ces conférences représentent, pour la plupart, un effort collectif. Elles sont un essai de mise au point, au cours de réunions successives de quelques-uns des problèmes que ce groupement se propose de traiter.

Dans la première de ces conférences : *Qu'appelle-t-on Enfant anormal ?*, M. Th. Simon montre que tout professeur d'anormaux se heurte à deux obstacles essentiels : l'incompréhension des arriérés, variable selon leur niveau, et l'inattention ou l'indiscipline des instables ou des pervers.

Les conférences suivantes traitent du recrutement des enfants d'une classe de perfectionnement, de son aménagement matériel, des notes qu'on aimerait trouver sur les élèves, des exercices propres à suppléer aux enseignements ou à contrôler ceux qui ont été fournis, de la conduite générale d'une classe d'enfants anormaux, des programmes et de l'emploi du temps, de la pratique du langage chez les anormaux, de la façon de surmonter les obstacles rencontrés pour leur enseigner l'écriture, la lecture, l'arithmétique, le système métrique, le dessin si utile pour l'éducation des anormaux. La vie pratique et l'adaptation à la vie sociale, sujet de la 9^e conférence, sont le centre même de la pédagogie des enfants anormaux et tout converge vers cet objectif. M. Léon Gautier a consacré la dernière de ces dix conférences à l'enseignement du travail manuel dans les Etablissements de Perfectionnement.

Des questionnaires et des notes bibliographiques complètent ces exposés dus à la collaboration de Mmes Rémy, Claveau, Créange, Favard, Foucambert, Lallemand, Lambert, Meyniel, Rullier, Vaillot et de MM. Huet, Claveau, Fresneau, Gauthier, Guilmain, Janin, Lebreton, Paris, Prudhomme, Schiber.

Dans la conclusion de ce petit livre qui rendra de grands services, en insistant sur les nombreuses adaptations à réaliser, M. Th. Simon rappelle qu'aux Etats-Unis les classes de perfectionnement portent le nom de *classes Binet* et que les classes des niveaux inférieurs sont appelées *classes Seguin*.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Paralysie générale et Malariathérapie, par MM. R. LEROY et G. MÉDAKOVITCH. Préface du Professeur WAGNER-JAUREGG. (1 vol. in-8°, 500 pages, G. Doin, éditeur, Paris, 1931).

Le livre de MM. Leroy et Médakovitch répond à un besoin actuel, et il y répond entièrement. La liste des têtes de chapitres montre à elle seule que toutes les faces de la question sont abordées. Dans un seul livre le lecteur trouvera traités tous les points de vue ; il y trouvera tous les éléments nécessaires soit à son édification dogmatique, soit à sa pratique journalière, soit même à une expérimentation. La très riche bibliographie terminant le

livre lui épargnera, s'il veut s'éclairer sur tel ou tel point très spécial, de longues recherches. Jusqu'ici, tous ces éléments ne se rencontraient que disséminés dans des articles, en toutes langues, dont chacun ne traitait qu'une portion du sujet et ne renvoyait qu'à des articles traitant cette même portion de sujet. Le livre de MM. Leroy et Médakovitch se trouve être, à lui seul, toute une petite bibliothèque.

Dans l'historique de la question, les auteurs montrent l'origine ancienne de l'idée d'une thérapeutique « par diversion » ; cette idée s'enrichit de la notion de la mise en œuvre d'un être vivant (disons d'une biothérapie), grâce à Wagner von Jauregg et aussi à Legrain (d'Alger). A ce dernier peut-être n'aura-t-il manqué qu'un plus vaste champ d'expérience pour apparaître comme promoteur de la méthode définitive (1913).

Dans les chapitres : Indications et Contre-Indications, Choix de la Souche, Conservation du Sang, Transmissibilité par les Anophèles, Inoculation, Dosage, Atténuation, Interruption, Cure en deux Temps, les auteurs donnent toutes les indications techniques désirables.

Les chapitres : Comportement des Parasites dans le sang conservé, Etude nosologique de la malaria thérapeutique, Réactions biologiques, Anatomie pathologique, Mécanisme d'action, nous font pénétrer dans l'intimité des phénomènes.

Les chapitres : Durée d'Incubation, Déclenchement des accès et Evolution de la Fièvre, Différents types de courbes, Accidents dus au Paludisme, enfin et surtout le long chapitre : Recherches et Résultats cliniques (rempli de notations personnelles), nous montrent la méthode en action.

Autres chapitres : Chimiothérapie, Prophylaxie de la Paralysie générale, Délires secondaires, Médecine Légale, Bibliographie.

Le fait que le Professeur Wagner von Jauregg ait composé pour l'ouvrage une véritable préface en démontre l'orthodoxie et l'importance. La grande expérience personnelle des deux auteurs donne un grand poids à leurs conseils.

Dans le chapitre Médecine Légale, les auteurs semblent admettre la guérison psychique sans reliquats. Ce point comporte quelques réserves. La reprise satisfaisante des routines professionnelles, même dans une carrière intellectuelle, n'est pas une preuve irréfutable d'intégrité dans tout le psychisme supérieur ; nous ne verrons pas sans inquiétude un ex-paralytique général redevenir ingénieur en chef, ou officier d'Etat-Major, ou même simple conducteur d'auto. Ceux d'entre nous qui croient à la guérison totale seraient-ils disposés à admettre dans leur famille, par mariage, un de leurs paralytiques généraux récupérés ? Nous en doutons.

A notre avis, l'intérêt majeur de cette expérience admirable qu'est la Malariathérapie ne réside pas dans la récupération de quelques paralytiques généraux, mais dans l'essor qu'elle va donner aux recherches biothérapiques, dont on peut espérer d'abord la prophylaxie de la paralysie générale et la cure de la syphilis (bien que dans ces deux domaines la malariation, jusqu'à ce jour, se soit montrée peu efficace), ensuite l'avènement d'autres méthodes biothérapiques inspirées d'elle, et valables contre d'autres infections, reliquats d'infections ou diathèses.

A l'occasion des délires hallucinatoires et systématisés qui apparaissent lors des rémissions, les auteurs expriment l'espérance que les Psychoses Hallucinatoires Systématiques Progressives (regardées généralement comme psychogènes), nous révéleront un jour ou l'autre un substratum organique

net. Nous sera-t-il permis de rappeler que nous soutenons précisément cette théorie depuis de longues années (*Société Clinique de Médecine Mentale*, avril 1920, décembre 1923, etc.), et cela en nous basant sur les analogies que présentent avec ces psychoses *cryptogéniques* les cas toxiques et surtout les cas organiques, dont l'Encéphalite léthargique et la Paralyse générale ? L'apparition des Psychoses malario-pégétiques est venue apporter à notre conception un secours précieux.

En résumé, ouvrage minutieux et complet dépassant, par l'ampleur des vues, le cadre d'une monographie, d'autre part offrant au praticien le secours voulu dans tous les temps et tous les détails de sa tâche.

G. DE CLÉRAMBAULT.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Les encéphalites psychosiques secondaires, par E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS. *La Presse Médicale*, 1^{er} avril 1931.

Au cours d'états infectieux très différents apparaît un délire aigu. Ou bien la guérison survient assez rapidement, ou les troubles mentaux deviennent chroniques, ou enfin l'état général s'aggrave et la mort survient. Les auteurs présentent 8 observations de cas terminés par la mort. Les lésions cérébrales sont diffuses, inflammatoires (cellules rondes autour des vaisseaux et autour des éléments en voie d'atrophie). On ne trouve pas d'agents pathogènes, ce qui permet de supposer, soit que la toxine seule agit sur les centres nerveux, soit qu'un virus latent a été réactivé par l'infection nouvelle.

P. CARRETTE.

Encéphalites et myéloencéphalites dans la rougeole, par Armando FERRARO et I. H. SCHEFFER. *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago, avril 1931.

Courte revue générale et apport de 9 nouveaux cas dont 6 avec examen histologique. Il s'agit d'états comateux avec paralysies diverses. Les lésions consistent principalement en prolifération périvasculaire de microglie, en processus de démyélinisation. Les auteurs accusent le système vasculaire de véhiculer l'agent pathogène apporté par le sang et de le répandre dans les tissus voisins grâce à une perméabilité anormale de ses parois. P. C.

Les symptômes de la démence précoce, par P. RUBÉNOVITCH. (*La Prophylaxie mentale*, Mars-avril. 1931).

Aperçu clinique du syndrome « démence précoce ». Ses modes variés de début, ses symptômes polymorphes, son évolution irrégulière font regretter à l'auteur l'absence de signes objectifs pouvant permettre d'isoler des maladies autonomes dans le vaste cadre des affections mentales chroniques de l'adolescence.

A. COURTOIS.

Les réactions émotives dans l'hébéphrénocatatonie, par Henri BARUK et Halina JANKOWSKA. *Encéphale*, avril 1931, n° 4, p. 315.

Dans l'hébéphrénocatatonie, l'inertie psycho-motrice est plus apparente que réelle. Cela résulte des faits cliniques rapportés par les auteurs.

L'immobilité motrice coïncide souvent avec des décharges musculaires intenses, il s'agit d'une « immobilité sous-pression » à la limite de l'impulsion. De même, dans le domaine affectif, l'impassibilité peut être interrompue par des réactions émotives intenses.

Ces manifestations émotives peuvent être provoquées par des causes extérieures ou intérieures ; elles sont disproportionnées à ces causes et, malgré leur violence, ne laissent dans l'esprit du sujet qu'un faible souvenir ; elles sont, de plus, totalement dépourvues de tonalité affective.

Au lieu de s'extérioriser, la réaction émotive peut parfois se traduire par des phénomènes d'inhibition (observations de malades ayant présenté un accès catatonique antérieur, qui retombent brusquement en catatonie à l'occasion d'une émotion).

L'observation de ces faits entraîne les auteurs à se demander s'il n'existe pas, au cours de l'hébéphrénocatatonie, des réactions émotives plus fréquentes et se traduisant parfois uniquement par des perturbations biologiques.

S'inspirant des travaux de l'un d'eux, ils ont recherché chez leurs malades, avant et à la suite d'émotions, les modifications du pH urinaire, du taux du Cl, de l'azote et du volume horaire et constaté que ces chiffres, constamment élevés chez leurs malades au repos, « ce qui est à rapprocher de leur susceptibilité émotive » s'élève encore à la suite de causes émotives. Ces mêmes recherches, pratiquées sur de vieux hébéphrénocatatoniques, donnent des résultats semblables.

Une incursion dans le domaine de l'étiologie et de la pathogénie de ces manifestations conduit les auteurs à constater que l'analyse psychologique ne suffit pas à les expliquer. Il y a évidemment disproportion entre les impressions subjectives et les réactions expressives. Les hébéphrénocatatoniques se comportent un peu comme les parkinsoniens et les pseudo-bulbaires, chez qui les émotions se traduisent par une mimique excessive : mimique de caractère exclusivement moteur ou presque au lieu que chez l'hébéphrénocatatonique, la réaction est idéo-motrice. Dans l'un et l'autre cas, la part de l'activité consciente est réduite.

Pour expliquer l'automatisme idéo-moteur et l'expression bruyante des charges affectives, les auteurs regardent dans le mécanisme frénateur du système nerveux et le soupçonnent de ne plus jouer. Leurs recherches sur la catatonie expérimentale (Baruk) les autorisent à émettre cette hypothèse.

Ainsi, le problème de la contention de la vie psychologique se trouve porté sur le plan rigoureusement scientifique.

A ce titre, l'intérêt de ce travail mérite d'être souligné d'un double trait.

Roger ANGLADE.

Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer. Recherches personnelles. Valeur de la dystrophie dans la démence précoce, par C. PASCAL et J. VIÉ. *Encéphale*, avril 1931, page 283.

Après un rappel bref des idées de Morel sur la notion de terrain dans la démence précoce, les auteurs montrent l'importance de cette notion dans la

conception schizo-thymique de Kretschmer. Ils rendent compte ensuite de leurs recherches personnelles dont le but a été de vérifier les postulats de Kretschmer : l'hérédité et les morphogrammes schizothymes, en se basant sur l'étude de 119 malades hébéphréno-catatoniques. Ils s'appliquent enfin à mettre en valeur la dystrophie, élément essentiel du terrain morphologique.

L'observation minutieuse des faits leur fait dire que la dégénérescence anatomo-schizothymique de Kretschmer n'est point autre chose que la dégénérescence mentale de Morel, posée sous la forme philosophique ; dans la conception du savant allemand, le caractère spécifique, similaire et continu, le génotype, est dominant, dans celle du savant français, la variation supprime la notion de spécificité et de continuité.

La constitution schizothymique de Kretschmer repose sur des affirmations que les faits réfutent. Morel, au contraire, en faisant intervenir la notion de dégénérescence acquise, en montrant que la dégénérescence mentale est un terrain subordonné au milieu, s'est montré le précurseur des biologistes dynamistes modernes. S'il a inspiré l'œuvre de Kretschmer, sa conception est plus large, plus positive, tient compte du métabolisme bio-mental.

Pour ce qui est du second postulat de Kretschmer : les morphogrammes schizothymes, les auteurs n'hésitent pas à dire que les plus fins sont des abstractions, des vues de l'esprit. Le 1/3 des 119 hébéphréniques observés par eux a évolué sans moule prédestiné et la plupart des stigmates qu'ils présentaient se rattachaient soit à l'hérédo-syphilis, soit à la tuberculose. La syphilis surtout semble être la semence propice au terrain de la démence précoce.

Le mérite de Kretschmer aura été d'avoir soulevé de nouveau la question de la dystrophie abandonnée depuis la faillite de la dégénérescence et remis en valeur l'œuvre de Morel, trop oubliée. La morphologie morbide redevient un domaine riche de promesses à la condition de la rattacher à la pathologie générale.

L'hérédo-syphilis, la tuberculose, les toxi-infections semblent constituer les éléments essentiels de la constitution schizothymique. Le Biotype schizothymique, invariable, ne peut être accepté.

Roger ANGLADE.

Etude sur les états de stupeur schizophrénique, par G. BYCHOWSKI.
Rocznik Psychjatryczny, fasc. XIV et XV, 1931, p. 1-27.

B... étudie la stupeur schizophrénique au point de vue psychique et neurologique. Il illustre son étude par la description clinique de 20 observations et formule les conclusions suivantes :

Au point de vue somatique, la stupeur schizophrénique peut être envisagée comme un barrage du système nerveux central. Ce barrage intéresse aussi bien la sphère motrice dépendant de la volonté que les réactions de défense, de même que les mouvements de la mimique et de l'expression. Il y a toute une série de symptômes d'origine corticale, d'autres ayant leur point de départ dans les noyaux de la base. Enfin, quelquefois, la moelle se trouve partiellement intéressée, donnant lieu aux signes d'automatisme médullaire. L'augmentation du tonus musculaire est d'origine extra-pyramidale. Le syndrome cataleptique traduit, au point de vue neurologique, les troubles des réflexes d'attitude et d'induction des mouvements. Les réflexes d'attitude ont des centres localisés et précis. Les troubles de l'induction motrice attestent de l'abaissement général du niveau fonctionnel

du système nerveux. La même signification doit être attribuée aux troubles de relation qui sont à la base du maniérisme et des mouvements stéréotypés.

Au point de vue psychologique, on constate le manque de parallélisme entre les troubles psychiques et somatiques. Chez certains malades, l'inhibition motrice est primitive et sert de point de départ à l'inhibition psychique. Par contre, chez d'autres, l'inhibition psychique semble être à la base de leur état. Ainsi, le trouble général représenté par la stupeur traduit tantôt une prédominance du pôle physique, tantôt celle du pôle psychique.

Passant ensuite à l'analyse des troubles de la personnalité, B... souligne la difficulté d'interpréter les sensations des malades d'après leurs dires. Il semble que les troubles de l'activité et des actes intentionnels résultent des troubles de la personnalité. Ils trouvent leur expression dans l'état cataleptique qu'ils ramèneraient au rang des troubles centraux ayant une expression psychophysique et allant jusqu'à la perte des réflexes réglant les attitudes et le maintien du corps. D'autres considérations des troubles de la personnalité s'attachent aux multiples modalités de perceptions des schizophrènes. Il existe une très large échelle allant depuis l'enregistrement des faits très précis et exacts jusqu'à la perception onirique. Un état de rêve où la réalité est plus ou moins transformée ou même non perçue. A la question de la perception de la réalité, s'attache la psychogénie de la stupeur. On peut supposer que, dans certains cas, le besoin éprouvé par les schizophrènes de fuir devant la réalité sert de point de départ à la stupeur.

Le négativisme est une question complexe. D'une part, le négativisme semble résulter des troubles de la personnalité. D'autre part, l'augmentation du tonus musculaire interprété comme expression extérieure du négativisme peut très bien ne pas coïncider avec cette disposition mentale. Il y aurait une dissociation entre le mécanisme neurologique et la disposition psychique. Il semble que dans le négativisme des états de stupeur, il y ait un enchevêtrement des éléments psychiques et somatiques. La localisation du négativisme ne peut pas être envisagée.

Très intéressante et instructive est la comparaison des états de stupeur et de certains états post-encéphalitiques. Dans la stupeur où le territoire nerveux est bloqué plus largement et plus profondément, la prévalence du facteur psychique sur l'élément moteur est moindre que dans le parkinsonisme où les troubles psychiques sont secondaires et où l'impulsion de la volonté et des excitations extérieures ont une influence très prononcée sur les troubles moteurs.

FRIBOURG-BLANC.

Un cas de schizophrénie de longue durée, par L. S. PENROSE. *The british journal of medical psychology*, 9 avril 1931.

Il s'agit d'un malade dont le délire s'est maintenu une cinquantaine d'années sans terminaison en démence ; l'attitude à 80 ans (bras croisés et yeux clos) rappelle certes celle d'un dément précoce, mais le malade demeurerait très présent en dépit de ces apparences.

Longue description du cas. Mère et deux tantes internées (1). Rhumatisme et choc moral vers 15 ans. Première hallucination vers cette date et déve-

(1) Mère internée d'ailleurs postérieurement à l'internement du malade lui-même.

loppement d'un délire mystique. Internement à 26 ans. Création alors d'un univers imaginaire : un calendrier spécial (p. 6) avec néologismes pour désigner les mois et calculer les durées ; un mode particulier d'appréciation des distances (p. 7) ; un système astronomique (p. 8) ; une histoire naturelle (p. 9) et surtout une géographie nouvelle dont deux planches d'aspect géométrique avec abondant commentaire permettent de se faire une idée (p. 9 à 12) ; enfin une théologie (p. 13 et 14), un ordre social (p. 15 et 16) et un alphabet original (p. 17).

L'observation est bien d'une schizophrénie (Arguments, p. 19 et suivantes). Elle est enfin interprétée d'un point de vue psycho-analytique (p. 22 à 31) et ce commentaire est loin d'être sans intérêt.

Th. SIMON.

Le système végétatif chez les schizophrènes, par A. FALKOWSKI. *Polska Gaz. Lek.*, tome IX, nos 44 et 45 du 9 nov. 1930, page 867.

F... examine, au point de vue neuro-végétatif, à la clinique de l'Université de Vilno, un grand nombre de malades atteints d'affections neurologiques et psychiques.

L'analogie remarquable constatée chez 40 schizophrènes permet de tirer de ce fait quelques conclusions.

Chez tous les schizophrènes, sans distinction de forme clinique, on constate invariablement des réactions neurovégétatives affaiblies (réflexe oculocardiaque, réflexe solaire, tension sanguine par la méthode de Barleyer, épreuves pharmacodynamiques).

Certaines réactions particulières à la schizophrénie peuvent se rencontrer dans d'autres états psychopathiques. Mais, si toutes les réactions d'ordre neuro-végétatif sont déficientes, cette constatation prend une réelle valeur diagnostique. Si l'on tient compte du fait que la vie des schizophrènes est assez longue et que leur résistance organique est suffisante, on ne peut pas dire que le système neuro-végétatif de ces malades soit lésé. Il y a seulement une dysharmonie, une dysfonction du système neuro-végétatif.

En somme, une dissociation du système neuro-végétatif s'alliant à celle de la personnalité.

FRIBOURG-BLANC.

Le trouble essentiel de la schizophrénie et des affections psychiques en général, par Denis TRIANTAPHYLLOS, professeur à la Faculté de Médecine d'Athènes. *Encéphale*, avril 1931, n° 4, p. 261.

Après avoir minutieusement passé en revue les diverses conceptions de la démence précoce, l'auteur énonce des opinions personnelles intéressantes que l'on peut ainsi résumer :

L'expression la plus perfectionnée de l'intelligence, la fonction la plus élevée dans la hiérarchie mentale est l'idéation de la conséquence logique. Le trouble fondamental et essentiel de la schizophrénie consiste dans le trouble de l'idéation de la conséquence logique avec ses modalités affectives et volitionnelles. Ce même trouble est à la base des états maniaques dépressifs, paranoïaques et psychasthéniques : l'orientation de l'idéation restante se fait soit dans le sens de la constitution schizoïdique, soit dans celui de la constitution cyclothymique ou paranoïaque.

Le seul symptôme vraiment physiogène dans la schizophrénie, comme sans doute dans toutes les affections mentales, est l'insuffisance de l'idéation de la conséquence logique.

ROGER ANGLADE.

La signification de la réaction névropathique comme signe précurseur de schizophrénie, par W. M. HARROWES. *The Journal of Mental Science*, avril 1931.

Les voies d'accès de la démence précoce ont été souvent décrites. Avec le concept de la schizophrénie, ces notions sur le début des troubles mentaux sont modifiées dans leur point de vue. La schizophrénie s'applique à des syndromes de désadaptation nombreux. L'auteur les divise en 2 catégories : ceux qui rétrocedent et ceux qui évoluent vers la désagrégation. L'étude de 100 cas lui permet d'affirmer que le mode de début n'implique aucun pronostic.

La différence entre la névrose et la psychose est une affaire de degré. Le malade passe plus ou moins rapidement de l'une à l'autre, sauf dans les cas à invasion brusque. L'anxiété accompagne parfois au début la conscience de la déchéance et le sentiment de la transformation du moi. Elle constitue certainement la forme névrotique la plus fréquente, si on y assimile l'hypochondrie. Quand le sujet est arrivé à la période psychotique, la thérapeutique est d'un effet douteux, mais nous pouvons aider le névrotique par les méthodes analytiques et souvent prévenir l'évolution défavorable.

P. GARRETTE.

PSYCHOLOGIE

L'attention, par H. PIERON. *Journal de Psychologie*, 1931, Nos 1-2, pp. 5-84.

Dans une copieuse étude, qui sera un chapitre du *Nouveau Traité de Psychologie* de Georges Dumas, H. Piéron pose d'abord, à propos de l'attention, la question d'existence (question que l'on pourrait, à vrai dire, poser à propos de toutes les fonctions mentales). Derrière la variété des conceptions, qui montre bien la complexité des processus d'attention, conciliant l'analyse subjective, qui caractérise l'attention par une augmentation de la clarté et de l'intensité des phénomènes mentaux, et la conception behavioriste, qui la réduit à une orientation du comportement, il discerne « un même aspect du fonctionnement mental, comportant orientation et dominance avec amélioration fonctionnelle corrélative ». Dominance, augmentation de l'efficacité, tels sont les deux thèmes autour desquels se développe tout l'article. Thèmes de la psychologie traditionnelle, mais renouvelés par de précieuses remarques et par l'appareil de l'expérimentation psychologique la plus moderne, de la dialectique la plus sûre.

Dans un second chapitre, Piéron étudie les processus d'attention en eux-mêmes ; leur nature, dominance et niveau élevé d'efficacité ; leur forme, sensorielle, motrice, ou mentale ; leur niveau et les conditions qui les font varier. Dans l'étude de la prédominance d'activité, l'expérimentation arrive à dissocier les différents facteurs qui emmêlent leurs effets dans la pensée spontanée : la dominance est plus ou moins exclusive : à côté de la tâche principale, d'autres activités, surtout automatiques, peuvent s'accomplir, mais si la tâche principale devient très absorbante, les activités les plus automatiques sont suspendues (la marche par exemple lorsque l'effort de réflexion atteint son maximum) ; en cas de concurrence apparente, il y aurait d'ailleurs succession réelle de tâches, ce que confirme la corrélation entre l'aptitude à accomplir des tâches simultanées et l'aptitude à changer de tâche.

Avec l'étude consacrée à la durée et à la stabilité des processus d'attention, Piéron arrive au cœur même du problème, et à des considérations qui seront parentes, par leur tendance, de celles auxquelles il aboutira en traitant de la théorie de l'attention. L'attention est sujette à des oscillations que les prosexigrammes de Pazzi ont permis d'étudier expérimentalement : sur un même cylindre, on enregistre un signal donné, constant, et la réaction motrice dont la vitesse varie ; on obtient ainsi une courbe qui resterait assez constante chez un même sujet, même à de larges intervalles (15 ans dans le cas cité par Piéron). L'existence de ces oscillations étant établie, il faut en éclaircir l'origine ; les variations musculaires, ou les modifications des appareils récepteurs qui se produisent au niveau des organes périphériques ne sont pas suffisantes ; dans la complexité des prosexigrammes, on découvre une analogie avec des rythmes vaso-moteurs, soit corrélatifs des mouvements respiratoires, soit correspondant aux variations rythmiques du tonus des artérioles. Et cette solution achemine vers la conception générale de l'attention qu'expose Piéron à la fin de son article, après avoir étudié les causes et les effets de l'attention : rejetant la théorie périphérique de Ribot, qui réduit l'attention à l'addition, à l'état de conscience, de manifestations motrices d'accommodation et de tension musculaire adaptée à telle ou telle modalité réceptrice, Piéron montre que l'attention comportant à la fois dynamogénie et inhibition, a des caractéristiques qui se rencontrent à des niveaux infrapsychologiques, au cours de l'activité réflexe. Les hauts degrés d'attention sont, en ce qui concerne la pensée, homologues des hauts degrés de vigilance (entendue au sens de Head) ; comme eux, ils impliquent « de hauts degrés d'intégration, de systématisation coordonnée, c'est-à-dire d'unification et d'individualisation de l'activité ».

On regrette que, dans cette étude, la part de la psychologie pathologique soit réduite à une note fort discrète, mais cet aspect du problème est sans doute renvoyé à un autre volume, comme on le signale à propos de la mesure de l'attention et tout ce qui relève de la psychotechnique.

D. LAGACHE.

Remarques sur l'association des idées, par L. DUGAS. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 3-4, pp. 250-276.

Il n'est pas inutile de revenir sur les grands problèmes de la psychologie. M. L. Dugas nous donne le fruit de ses réflexions sur l'association des idées, et une mise au point de la doctrine classique (j'appelle classique la critique de l'associationnisme qu'on enseigne encore dans les classes). Son but est de faire sortir les lois de l'association des idées du discrédit où elles sont tombées et de leur rendre la place qui leur revient en psychologie.

L'état misérable de l'association des idées nous paraît provenir de causes tout autres que l'ignorance ou la condamnation de ses lois. Nul ne songe à les nier, chacun sait qu'elles nous apprennent bien peu de choses. Le problème du cours des pensées se pose en d'autres termes depuis Bergson. L'opposition du rêve et de l'action, d'une pensée dominée par les automatismes et le passé à une pensée dirigée, que M. Dugas est d'ailleurs loin de méconnaître, paraît plus propre à orienter les recherches et à expliquer les faits concrets.

D. LAGACHE.

Le sens du rire, par F. PAULHAN. *Revue Philosophique*, janv. 1931.

Etude très documentée et instructive sur le rire et ses conditions psychologiques et sociales, ses différences avec le sourire, ses rapports avec le comique, son rôle comme langage, comme agent d'accord ou d'opposition, ses diverses espèces : rire d'indignation, d'amertume, de défi, de mépris, de désespoir, de simulation.

Le rire est un bien, car il signifie normalement santé et exubérance ; mais c'est un gaspillage de forces, car jamais l'homme n'en possède trop pour accomplir l'œuvre de l'humanité. Il est vrai que, très souvent, ces forces ne pourraient être employées autrement, car elles sont fugaces, non captables, indépendantes les unes des autres. Les arrêter, c'est risquer de supprimer sans profit appréciable une joie et tous ses bons effets sur les individus. Le mérite de l'homme est d'avoir su utiliser ce gaspillage de forces intempestives en plaisirs individuels, et en moyens d'influence réciproque entre lui et ses semblables.

Paul COURBON.

L'état émotionnel, par Alfredo GRIECO Y BAVIO. *La Medicina Argentina* mars 1931.

Il faut entendre ici le mot *émotion* dans le sens d'un « phénomène affectif brusque et bref engendré par une représentation intellectuelle qui s'extériorise en modifications somatiques ». L'état émotionnel devient alors une période où le potentiel émotif se maintient malgré les modifications de l'intellect. Les autres modifications affectives n'entrent pas dans cette conception, de sorte qu'il n'y a pas à faire la distinction entre l'*émotion-choc* et l'*émotion-sentiment*. La première entrant dans la définition, la seconde dans le groupe des *sentiments*.

Cette mise au point est suivie d'une analyse de phénomènes où l'auteur met en relief la valeur de l'état constitutionnel, le rôle des sommations affectives et la finalité pragmatique comparée des émotions et des autres états psychologiques.

P. CARRETTE.

Le sort de la personnalité, par W. DRABOVITCH. *Revue Philosophique*, mai 1931.

Commentaire du cours, et réfutation de quelques malicieux paradoxes professés à la Sorbonne par M. Pierre Janet sur l'évolution psychologique de la personnalité. Prépondérance accordée avec Delmas et Boll au facteur inné sur le facteur acquis dans la structure de la personnalité. Importance des résistances conscientes aux facteurs extérieurs, surtout sociaux, et aux conflits intérieurs, dans sa constitution.

La vraie personnalité ou individualité commence là où, grâce aux résistances, se maintiennent les traits prononcés du caractère et s'élaborent les opinions personnelles en matière de religion, de politique et de philosophie.

Paul COURBON.

Sur quelques influences pouvant favoriser ou gêner la vision simple binoculaire, par B. BOURDON. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 1-2, pp. 163-167.

Auto-observation d'un des maîtres de la psycho-physiologie des sensations. De ses expériences, il résulte que la grandeur, le nombre relative-

ment considérable, la connaissance, l'égalité d'éclairement des objets identiques présentés simultanément dans un stéréoscope favorisent la vision simple binoculaire, que gênent les conditions contraires. Ces considérations, d'un grand intérêt théorique, comportent des applications pratiques qui pourront être de quelque utilité à ceux qui souffrent de diplopie.

D. LAGACHE.

La rétine n'est-elle qu'une surface ?, par J. NOGUÉ. *Revue Philosophique* mars 1931.

Le récepteur sensible de l'image lumineuse étant une surface à deux dimensions, comment se fait-il qu'il y ait une perception visuelle qui s'exerce suivant la troisième dimension ? Si l'on admet que la rétine peut se distendre ou se rétracter, les variations de l'étendue de l'impression rétinienne ainsi produites fournissent une explication qui est encore à vérifier.

Paul COURBON.

La graphologie et l'enfant, par Théo CHENTRIER. *Hygiène mentale*, avril 1931, p. 93.

Parmi les méthodes d'analyses de la psychologie infantile, l'une est trop méconnue : la graphologie. Dans son écriture, l'enfant reflète son âme à vif, elle est « un gramophone silencieux qui enregistre tous les concerts successifs de nos états sub-conscients ».

Certes, elle ne doit point faire négliger les autres méthodes, mais doit s'allier à elles et les compléter.

L'auteur est convaincu que « si la graphologie doit beaucoup à la psychologie, l'heure est sonnée où la psychologie devra, à son tour, beaucoup à la graphologie ».

Roger ANGLADE

Psychologie de la lecture tactile, par Pierre VILEY. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 3-4, pp. 214-249.

Etudier les procédés psychologiques que l'aveugle met en jeu dans la lecture tactile n'est pas la seule ambition, ni même l'ambition principale que poursuit P. Viley ; celle-ci est de contribuer à l'étude de la nature du toucher chez l'homme ; mais, dépassant ce but, M. P. Viley dégage une conception générale de l'activité intellectuelle, synthèse toujours plus large d'automatismes psychiques partiels. Si, avec l'alphabet Braille, le point a remplacé la ligne, la lecture n'en devient cependant possible que parce que l'esprit se détache de la perception sensorielle de points isolés, pour percevoir des formes de lettres, des mots, des phrases même ; la lecture tactile n'implique aucunement une finesse exceptionnelle du toucher ; elle est le résultat, comme la lecture visuelle, de la constitution d'automatismes physiologiques et psychiques que le système matériel du Braille et les procédés pédagogiques doivent avoir pour but de faciliter ; c'est à ce point de vue que P. V. défend la lecture bi-manuelle ; c'est en ce sens qu'aux Etats-Unis, depuis quelques années, les professeurs de lecture tendent de plus en plus, et cela avec succès, à substituer la méthode globale à la méthode analytique ; si enfin les alphabets abrégés ne permettent pas un rendement très supérieur à celui du Braille ordinaire, c'est que les abréviations portent surtout sur des signes que suggèrent habituellement les automatismes, et qui ne demandent par conséquent qu'un temps de perception très réduit.

D. LAGACHE.

La catégorie affective du surnaturel, par LÉVY-BRUHL, in *Revue Philosophique*, mai 1931.

L'auteur propose d'appeler catégorie affective le principe d'unité qui, dans l'esprit des primitifs, relie entre elles les représentations différentes par leur contenu, qu'il se fait des causes.

En effet : vis-à-vis des forces invisibles qui mènent le monde et qui par conséquent sont perpétuellement en action, le primitif est dans un état d'attente anxieuse. Cette attente anxieuse, qui se déclanche dès que ces forces lui paraissent se manifester, paralyse son intelligence, l'empêchant de se faire de ces forces des représentations assez nettes pour être individualisées et hiérarchisées en systèmes, lui imposant servilement les pratiques réputées capables de lui concilier ces redoutables puissances. Nous ne croyons rien, nous n'expliquons rien, nous avons peur, dit un esquimau.

Les diverses représentations nées ainsi pendant cette attente anxieuse ont toutes quelque chose de commun : leur intensité émotionnelle, qui est sentie par le sujet dans chacune.

Tandis donc que dans la pensée logique, le général est une donnée de l'intelligence connue par les idées, il est dans la pensée primitive une donnée de l'affectivité sentie par l'émotion.

Paul COURBON.

Sur la signification de l'art primitif, par Camille SHUWER. *Journal de Psychologie*, 1931, n° 1-2, pp. 120-162 (Communication à la Société de Psychologie, Séance du 20 novembre 1930).

L'auteur combat la thèse d'un art primitif désintéressé en se fondant sur l'analyse de nombreux exemples empruntés à toutes les formes de l'activité artistique (c'est-à-dire de ce que nous, civilisés, entendons par activité artistique). Rien ne justifie la notion d'une technique spécifiquement artistique dans les sociétés primitives ; l'art primitif est « foncièrement sérieux », lié aux divers aspects de l'activité sociale. Loin d'aider le primitif à sortir des limites du réel, l'art prolonge l'une dans l'autre la réalité et l'imagination ; il est une affirmation de la réalité, et pour l'esprit individuel qui participe à la vie collective, il équivaut à un accroissement de réalité. Si des aspirations esthétiques existent, elles sont confuses et dominées par des tendances plus fortes. La valeur suprême dans laquelle valeur morale et valeur esthétique demeurent indistinctes est la valeur religieuse.

D. LAGACHE.

NEUROLOGIE

Réflexe sympathique circonscrit provoqué par une excitation lointaine de nature et de siège constants, par M. André THOMAS. *Revue Neurologique*, février 1931, p. 197.

Malade de 43 ans, présentant des signes frustes de syringomyélie, avec plus particulièrement des signes d'atteinte de l'hémi-moelle droite. L'excitation de la plante du pied (recherche du réflexe plantaire) provoque l'apparition de deux bouquets de grains de chair de poule dans une région limitée au-dessus du mamelon droit.

L'auteur rattache ce phénomène aux phénomènes de répercussivité.

H. BARUK.

Le réflexe oculo-sudoral, par Jan SEBEK. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, Prague, avril 1930.

A la suite de la compression des globes oculaires, l'auteur a observé une transpiration sur les paumes des deux mains. Ce réflexe anormal aurait sa voie centripète dans les fibres du trijumeau conduisant aux centres bulbaires. Les voies centrales d'association vont vraisemblablement au noyau du pneumogastrique par un système de nature ortho-sympathique, dont l'existence est confirmée par les expériences de Lewy. Les voies centrifuges sont formées par les fibres conduisant au tronc du sympathique.

Le réflexe diminue par l'ergotamine ; les autres substances n'agissent pas sur son intensité. L'auteur suppose, dans ce cas, une hyperexcitabilité des centres sudoraux diencéphaliques.

P. CARRETTE.

Voies de la sensibilité douloureuse dans le système nerveux sympathique, par William J. MIXTER et James C. WHITE. *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago, mai 1931.

Les auteurs ont traité 31 sujets atteints de syndromes douloureux d'origines diverses : crises tabétiques ou angineuses, causalgies, mais à localisations semblables. Ils ont tenté d'abord les injections d'anesthésiques, puis d'alcool ; enfin l'intervention chirurgicale : suppression du ganglion thoracique supérieur. Les syndromes douloureux ont pu être ainsi améliorés ou guéris. Ces premiers résultats, dont la durée n'a pas été éprouvée, permettent d'espérer cependant des précisions prochaines sur le rôle de la chaîne sympathique dorsale dans la transmission des sensibilités.

P. CARRETTE.

Les réflexes de posture, le tonus musculaire et le sympathique, par Jan SEBEK et Th. DOSUŽKOV. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, Prague, juillet-août 1930.

Les données suivantes ont été fournies par 5 années de recherches à la clinique neurologique du Professeur Haškovec de Prague.

L'absence des réflexes de posture a été constatée chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 5 mois ; dans les lésions dystrophiques musculaires, antérieurement à l'aréflexie tendineuse ; dans les névrites, le tabès, la syringomyélie ; dans les syndromes sensitifs profonds, thalamiques et corticaux, même lorsqu'il n'y avait pas de signes pyramidaux ; dans les affections cérébelleuses, dans les syndromes pyramidaux.

Dans les manifestations hyperkinétiques et hypotoniques, chorée et athétose, l'hyporéflexie posturale était la règle.

L'exagération des réflexes de posture existe généralement dans les lésions extrapyramidales. C'est le cas de la maladie de Parkinson, de la maladie de Wilson et de la catatonie. Cependant, dans certains syndromes hémiparkinsoniens, on peut voir l'exagération des réflexes plus marquée du côté le moins hypertonique. L'hyperréflexie s'observe également dans les syndromes à lésions complexes : pseudosclérose, syndromé lenticulaire sénile, paralysie générale, sclérose en plaques et maladie de Little.

Il y a un antagonisme habituel entre l'intensité des réflexes de posture et celle des réflexes tendineux et cutanés.

L'étude parallèle du système sympathique tend à confirmer l'opinion,

aujourd'hui très accréditée, de l'innervation végétative du muscle strié. Les substances pharmacodynamiques modificatrices de l'état vago-sympathique agissent sur l'intensité des réflexes de posture. L'atropine, qui diminue la vagotonie des parkinsoniens, agit dans le même sens sur la réflexivité posturale.

P. CARRETTE.

Réflexes tirés des extrémités supérieures provoqués par l'excitation faradique bimanuelle, (Durch bimanuelle faradische Reijung hervorgerufen. Reflexe an den oberen Extremitäten), par Th. B. WERNOE. *Acta psychiatrica et neurologica*, Copenhague, 1931, fasc. 1^{er}.

Une excitation faradique mibanuelle forte provoque, chez l'homme, normalement, les mouvements suivants : pronation, flexion du poignet et du coude. Il s'agit d'un réflexe, qui a son point de départ dans les fibres sensitives du poignet et de l'avant-bras, et son centre dans le corps strié. Il est aboli ou perturbé dans les lésions striées. Dans les monoplégies organiques corticales, il est intact ou exagéré. L'exagération est due à l'abolition d'un réflexe cortical d'inhibition provoqué par l'excitation électrique en même temps que le réflexe strié. Les réflexes striés anormaux observés dans les anesthésies et les paralysies fonctionnelles sont également dus à une perturbation du réflexe inhibiteur cortical. La valeur de ce réflexe strié, pour le diagnostic clinique et pour l'étude des fonctions striées, reste à préciser. L'auteur l'a trouvé intact dans la paralysie agitante, perturbé dans l'encéphalite léthargique.

E. BAUER.

Les perturbations du système nerveux dues à l'électricité technique (Die Schädigungen der Nervensystems durch technische Elektrizität), par RANSE Fr. *Monatschrift für Psychiatrie*, 1931, N° 78.

Etude sur 43 cas de traumatismes électriques par accident du travail, avec complications neurologiques. L'auteur en dégage des tableaux cliniques et évolutifs assez caractéristiques. Le travail a été publié à part, comme supplément n° 59, de la même *Revue*.

E. BAUER.

Oblitération embolique totale de l'artère sylvienne sans ramollissement en aval ; reperméation du thrombus. Les « artères terminales » du cerveau, par M. J. LEY. *Soc. Belge de Neurologie*, 30 mai 1931.

Il s'agit d'une femme de 58 ans, atteinte d'endocardite chronique verruqueuse et de ramollissements cérébraux multiples, chez laquelle l'examen anatomique a révélé une oblitération totale ancienne de l'artère sylvienne postérieure avec intégrité de son territoire, tandis que les nombreuses lésions d'encéphalomalacie siègent dans des territoires dont les artères principales n'étaient pas oblitérées. L'auteur montre le rôle fonctionnel important des anastomoses entre les territoires vasculaires cérébraux, et signale les travaux anatomiques récents qui ont démontré qu'il n'existe dans le cerveau aucune artère terminale.

L. R.

Sur la répartition dans les vaisseaux du cerveau des embolies cérébrales expérimentales, par Maurice VILLARET, L. Justin BESANÇON et Stanislas DE SÈZE. *La Presse Médicale*, 14 mars 1931.

Les auteurs ont poussé directement une injection embolisante de pâte au minium dans la carotide interne du chien, ou mieux, dans la thyroïdienne supérieure, après ligature de la carotide externe, sans interrompre le flux artériel. Les premiers résultats prouvent qu'on peut réaliser une oblitération assez nettement limitée à un seul hémisphère cérébral. L'hexagone de Willis n'aurait donc pas une importance physiologique considérable et la vascularisation par la carotide interne serait strictement destinée à l'hémisphère correspondant.

P. CARRETTE.

La glioblastomatose diffuse multicentrale, par J. MACKIEWICZ. *Rocznik Psychjatryczny*, XIV/XV, Varsovie, 1931.

La tumeur siégeait dans la région antérieure du centre ovale et le corps calleux. C'est un cas à rapprocher des tumeurs centrales réalisant le syndrome connu sous le nom de maladie de Schilder. L'évolution clinique a duré 5 mois. Il n'y avait pas de signes focaux, mais des vomissements, les troubles visuels habituels des tumeurs cérébrales et des symptômes de confusion mentale délirante.

P. C.

La mortalité précoce dans les traumatismes encéphalitiques fermés. Les désordres anatomiques qui paraissent la conditionner, par Jean PATEL et Henri DESOILLE, *La Presse Médicale*, 11 mars 1931.

Il faut distinguer deux cas : 1. La mort survient après quelques heures ; l'autopsie révèle des hémorragies nombreuses diffuses ou des hématomes ; les lésions suffisent à expliquer la mort ; toute intervention médicale est inutile. 2. Le pouls s'accélère, la température s'élève et le coma devient plus profond ; le sujet succombe après 1 ou 2 jours. C'est alors qu'une ponction ventriculaire décompressive aurait des chances de succès.

P. CARRETTE.

Le cervelet : comparaison des symptômes résultant de lésions des lobes avec réactions des mêmes lobes à la stimulation. Rapport préliminaire, par Aubrey T. MUSSEN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago, avril 1931.

Voici les résultats des nouvelles expériences de l'auteur :

La destruction du lobe antérieur du vermis amène la chute en avant, celle du lobe postérieur la chute en arrière. Le lobe moyen assure les mouvements de rotation de la tête. Physiologiquement, les territoires seraient donc distincts d'avant en arrière. L'action du cervelet sur l'équilibre est en partie secondaire à des synergies : ainsi le vermis antérieur agit sur les muscles postérieurs du cou, dont le relâchement provoque la chute en avant.

P. CARRETTE.

Syndrome d'épilepsie jacksonienne extracorticale par épithélioma des plexus choroïdes. Neuroépithélioma. Etude clinique et histopathologique, par Benjamin B. SPOTA. *La Semana Médica*, Buenos Aires, 26 mars 1931.

Cette néoplasie rare a provoqué, dans le cas cité, des lésions irritatives, puis destructrices du centre ovale dans la zone de projection des régions motrices corticales. Elle a déterminé des phénomènes paralytiques, douloureux et hypertoniques secondairement. Les circonvolutions prérolandiques et la frontale ascendante, le lobule paracentral sont intacts. P. C.

Encéphalites aiguës infantiles, par L. BABONNEIX. *Gazette des Hôpitaux* 6 juin 1931.

Babonneix a étudié la question à fond dans un *Traité de Médecine*. Cette leçon, faite à Saint-Louis, est remplie d'aperçus nouveaux notés au hasard d'une expérience clinique considérable. L'encéphalite léthargique y paraît dans ses formes un peu atypiques, suraiguës, choréiques, hémiplegiques, avec ses séquelles motrices et psychiques. Puis viennent les divers troubles nerveux consécutifs aux fièvres éruptives : rougeole, vaccine, varicelle, herpès ; une curieuse observation d'acrodynie ; les encéphalites accompagnant les vomissements acétoniques ; les ataxies aiguës brutales et à évolution souvent favorable. Il y a enfin des exemples de ces encéphalites infectieuses indéterminées, analogues à celles que les psychiatres ont décrites récemment chez l'adulte. Dans certains cas, une enquête approfondie permet de dépister la syphilis, mais pour d'autres, il convient d'instituer la thérapeutique des infections à neuro-virus, par les injections, intra-veineuses si possible, de salicylate de soude, méthode qui a à son actif d'incontestables succès. P. CARRETTE.

Les signes pupillaires de l'encéphalite épidémique, par J. CUATRECASAS. *Revista Médica de Barcelona*, février 1931.

L'encéphalite épidémique provoque toutes les variétés de troubles pupillaires : la mydriase, l'anisocorie, la rigidité, le signe d'Argyll Robertson complet, unilatéral ou inversé. Cuatrecasas trouve dans la grande fréquence des attaques de l'appareil protecteur de la rétine chez les encéphalitiques un argument en faveur de l'affinité du virus pour les tissus d'origine ectodermique et de sa parenté avec celui de l'herpès et du zona. P. CARRETTE.

Formes hémorragiques et cérébelleuses de l'encéphalite léthargique, par Alfred CORDON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, mai 1931.

Deux cas furent rapidement mortels. Une première fois, il s'agissait d'hémorragie méningée récidivante, sans foyers cérébraux ; dans l'autre observation on trouvait un foyer important fronto-pariétal gauche. Les formes cérébelleuses furent curables et s'accompagnaient de signes à prédominances unilatérales. Malgré ces troubles surajoutés les symptômes classiques de l'encéphalite étaient assez nets pour que le diagnostic pût être posé. L'étude de ces formes cliniques complexes montre que l'encéphalite est une affection dont la systématisation est plutôt physiologique qu'anatomique. Le virus a des affinités marquées pour les appareils qui règlent le tonus musculaire. P. CARRETTE.

Le syndrome parkinsonien de l'encéphalite épidémique, par M^{lle} Gabrielle LÉVY. *La Presse Thermale et Climatique*, 1^{er} février 1931.

L'auteur s'attache surtout à différencier les troubles encéphalitiques du parkinsonisme des vieillards en décrivant les signes de localisation qui les accompagnent fréquemment : forme cervico-faciale, salivation, protusion de la langue, crises oculogyres, syndrome sensitif surajouté ; et chez l'enfant, les crises respiratoires, choréiques, les troubles du caractère, l'hypomanie.

P. C.

Parkinsonisme encéphalitique, idiopathique et artério-scléreux, par Moses KESCHNER et Paul SLOANE. *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago 1931.

L'histologie pathologique des troubles moteurs extra-pyramidaux n'apporte encore que des éléments de précision insuffisants à la clinique. Des signes sous-corticaux consécutifs à l'encéphalite ne sont pas toujours accompagnés de lésions inflammatoires. On trouve des lésions dégénératives dans toutes les variétés. La sénilité provoque des atrophies tissulaires étendues sans syndromes caractérisés.

Il serait vain, disent les auteurs, de préciser la nature d'un syndrome parkinsonien par les seules ressources de l'examen anatomique. La rigidité, le tremblement, l'hypokinésie peuvent être constatés sans lésions des noyaux gris centraux. Cette notion suggérée récemment par Jakob, par Guillain, Mathieu et Bertrand est nettement confirmée par les examens des 7 cas cités dans le travail de Keschner et Sloane.

P. CARRETTE.

Dystonie parkinsonienne à localisation dorsale et révélée par la marche, par MM. LHERMITTE et ABESSARD. *Revue Neurol.*, fév. 1931, p. 188.

Il s'agit d'un cas de syndrome parkinsonien s'accompagnant d'une dysbasie lordotique, dont le début aurait été consécutif à un effort. Les auteurs insistent sur l'intérêt des dystonies au cours de l'encéphalite léthargique.

H. BARUK.

Un cas particulier de pseudosclérose. Contribution à l'étude des syndromes lenticulaires, par Vera DOSUZKOVÁ. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, Prague, février 1930.

L'auteur décrit un cas de pseudosclérose qui se manifeste par les symptômes suivants : hypotonie musculaire généralisée, diminution de la plupart des réflexes de posture et des réflexes tendineux et osseux, présence de réflexes anormaux des doigts et de préhension à gauche, dysbasie avec propulsion, mimique convulsive, tremblement lent et grossier, statique et dynamique de la tête, de la mâchoire et des extrémités, qui trouble les mouvements ; cataracte de l'œil droit et anneau de Fleischer bilatéral ; irritabilité psychique. La pseudosclérose est ici considérée, conformément à l'opinion de Hall, comme une forme de la dégénérescence hépato-lenticulaire.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude du spasme de torsion. Un cas de maladie de Little avec spasme rotatoire de la tête. Pseudospasme de torsion d'origine syncinétique, par SEBEK et Th. DOSUŽKOV. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, Prague, mars 1930.

L'hyperkinésie se traduit par une rotation de la tête, surtout marquée pendant la marche, moins nette à l'occasion des mouvements volontaires et presque nulle au repos. De cette analyse et de la recherche des réflexes cervicaux profonds, on peut conclure que les mouvements passifs de la tête provoquent l'extension des muscles de l'extrémité inférieure de la face et la flexion de ceux de la nuque, tandis que les mouvements actifs provoquent des phénomènes contraires. Le film au ralenti montre encore que l'hyperkinésie commence avant le mouvement de l'extrémité. Elle augmente après l'injection de pilocarpine et diminue après les injections d'adrénaline et d'atropine. Aussi les auteurs établissent un rapport entre l'hyperkinésie et le tonus para-sympathique. Le spasme n'est, dans le cas présent, qu'une imitation du spasme de torsion par le mécanisme de la syncinésie.

P. CARRETTE.

En marge du parkinsonisme. Les équivalents mineurs : spasmes de torsion, torticolis spasmodique, etc., par BÉRIEL et BARBIER. *La Presse Thermale et Climatique*, 1^{er} février 1931.

Ces symptômes sont plus fréquemment observés depuis la description des troubles moteurs de l'encéphalite épidémique. Ils réalisent, sous une forme atténuée, le syndrome de la maladie de Wilson. L'étude des formes de passage permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas de manifestations hystériques. Le pronostic est sévère. Il n'y a pas de traitement curatif. Le salicylate et l'eurotropine ne donnent que de maigres résultats. Il faut surtout songer à soulager les malades par l'administration de l'hyoscine et de la datura.

P. C.

Syndrome extrapyramidal palustre, par C. Diez FERNANDEZ, *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, Madrid, 25 avril 1931.

Les troubles nerveux ont apparu après des accès fébriles, d'abord à l'âge de 2 ans, puis à l'occasion d'une récurrence à 10 ans. Il est intéressant de noter que les signes cérébraux ont cédé assez rapidement à la Quinine. Les destructions du tissu nerveux n'étaient pas telles qu'on aurait pu croire par l'examen clinique et en considérant l'ancienneté des symptômes. Il s'agissait sans doute de troubles vasculaires comme en provoque souvent le paludisme. La rigidité, l'excitabilité réflexe, les mouvements choréo-athétosiques disparurent, tandis que la bradykinésie et le tremblement diminuaient. La splénomégalie rétrocéda après trois mois de traitement.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Ce qu'il est utile de connaître des réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulière, par Raymond LETULLE et Georges BERGÈS. *La Presse Médicale*, 3 juin 1931.

Pour éviter les erreurs imputables aux différences de technique, il faudrait adopter un antigène étalon, par exemple celui de Bordet et Ruelens ; associer la réaction de Bordet-Wassermann, spécifique, à celle de Hecht qui l'est moins, mais est plus sensible ; rejeter les méthodes simplifiées ; faire les prélèvements de sang en dehors des périodes digestives.

Il est impossible d'indiquer, dans une courte analyse, toutes les erreurs d'interprétations du résultat dont la cause relève de faits cliniques. Elles sont formulées clairement dans l'article. Nous devons retenir : 1. le désaccord fréquent des réponses du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les formes de syphilis nerveuses qui s'éloignent du type de la paralysie générale ; 2. que, dans bien des cas, l'irréductibilité du Wassermann, malgré le traitement, indique l'évolution sournoise de lésions méningo-encéphaliques.

P. CARRETTE.

Les modifications de la réaction de Wassermann au point de vue de la réaction de Kabelik, par M. Fr. KLEIN. *Revue neurologique tchèque*, 1930, n° 2.

L'auteur insiste sur les modifications diverses de la réaction de Wassermann, parmi lesquelles la réaction de Kabélik (dans le sérum actif, sans emploi d'ambocepteur ni de compléments hétérogènes) s'est montrée la plus précise. Les résultats obtenus à l'aide de cette réaction montrent qu'elle est plus sensible que la méthode de Müller-Landsteiner ; la réaction de Kabelik a été positive encore dans 12,06 0/0 de cas examinés, où la réaction de Müller-Landsteiner ne donnait que des résultats négatifs.

SEBEK.

Une méthode simplifiée de la réaction de fixation du complément basée sur l'emploi du couple hémolytique anti-humain, par Robert MUSSO. *La Presse Médicale*, 1^{er} avril 1931.

La méthode supprime l'inconvénient habituel de la technique courante : obligation de se procurer des globules de mouton et difficulté de titrer le pouvoir naturel anti-mouton du sérum à examiner. Musso préconise l'emploi des globules non lavés du sujet et d'un sérum anti-humain obtenu par des injections au cheval de globules humains dans l'eau physiologique formolée à 1/2 pour 1.000. Le sérum recueilli au bout de quelques semaines est suffisant pour de nombreux essais et se conserve longtemps. Les résultats pratiques montrent que cette technique est plus sûre, plus sensible et plus simple que la méthode courante de la réaction de Wassermann.

P. CARRETTE.

La répartition des protéines du sérum dans la paralysie générale avec les modifications spéciales au traitement, par W. OGDEN. *The Journal of Mental Science*, octobre 1930.

On trouve chez les paralytiques généraux un excès des protéines, surtout des globulines. La pyrétothérapie peut modifier les rapports des albumines

et des globulines sans toutefois les ramener à la normale. Il n'y a pas de relation entre la teneur en protéines et l'intensité de la réaction de Wassermann.

P. C.

Les groupes sanguins dans les différentes formes d'aliénation mentale, par J. Espejo SOLA. *La Semana Médica*, Buenos Aires, 12 mars 1931.

L'importance du facteur héréditaire en psychiatrie a conduit les auteurs à rechercher des constantes organiques pour étayer leurs conceptions. On croyait par exemple trouver des relations entre le groupe sanguin et un état constitutionnel déterminé. Les examens de laboratoire ne confirment pas ce point de vue. Les pourcentages chez les aliénés ne diffèrent pas sensiblement des autres moyennes et une psychose n'implique pas un groupe sanguin plutôt qu'un autre. Tout au plus peut-on constater la fréquence plus grande du groupe II chez les alcooliques, les épileptiques, du groupe IV chez les délirants dans la statistique de l'auteur qui porte sur 307 cas.

P. CARRETTE.

Variations Hémoclasiques à la suite de la ponction lombaire, par Giuseppe GRECO (de Naples). *Rivista di Neurologia*, mai 1930.

Dans 14 cas d'affections diverses du système nerveux, la ponction lombaire a déterminé un choc hémoclasique caractérisé par une constante leucopénie et une fréquente inversion de la formule leucocytaire. Ce choc hémoclasique se produit dès la piqûre des méninges avant l'entrée dans le canal rachidien. La soustraction du liquide céphalo-rachidien et la quantité de cette soustraction ne fait varier en rien l'hémoclasie provoquée par la piqûre. De même que la seule traversée par l'aiguille des tissus périrachidiens n'a aucune influence sur la formule sanguine. Il semble bien que ce choc hémoclasique est dû exclusivement à la piqûre des méninges.

Paul ABÉLY.

ENDOCRINOLOGIE

Les sécrétions internes devant l'évolution et l'hérédité, par Max ARON. *La Presse Médicale*, 13 mai 1931,

L'endocrinologie étend chaque jour son domaine. Les problèmes qu'elle pose touchent à ceux de la psychologie. Les recherches de physiologie comparée tendent à prouver que les invertébrés ne possèdent pas de glandes endocrines différenciées, mais certains tissus réagissent en présence de quelques hormones. Au cours du développement ontogénique les mêmes considérations paraissent devoir être appliquées. Les hormones chez les mammifères ne traversent pas le placenta et la vie endocrine ne commence que tardivement. La transmission des caractères héréditaires de nature glandulaire ou autre doit être attribuée aux chromosomes des cellules sexuelles.

Si l'on veut bien considérer, remarque l'auteur, la dépendance étroite du développement psychique de l'individu et de l'état du système endocrinien, on entrevoit le rôle des hormones dans la détermination de ces constitutions psychophysiologiques qui ont fait l'objet de si nombreuses recherches à la suite des études de Dupré et de Kretschmer.

P. CARRETTE.

Algies de la ménopause, atrophie de l'éminence thénar et apophyses costiformes de la 7^e vertèbre cervicale, par André THOMAS. *La Presse Médicale*, 16 mai 1931.

Des signes de névrite du médian, des troubles de la sensibilité et des réactions vaso-motrices surviennent chez une femme au moment de la ménopause. La radiographie montre que l'apophyse transverse de la 7^e vertèbre cervicale est très volumineuse des deux côtés. Ce signe important ne suffit pas cependant à expliquer le syndrome observé, car les algies ont cédé rapidement après l'institution d'une *cure opothérapique*, puis se sont déplacées au cours d'une période de *troubles ovariens*. L'intervention chirurgicale ne doit être conseillée dans des cas analogues que si les symptômes persistent malgré les essais prolongés de traitement médical.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le service ouvert pour les malades mentaux, par E. TOULOUSE. (*La Prophylaxie mentale*, Janv.-févr. 1931).

Exposé historique de la création du service libre de Prophylaxie mentale de la Seine, où l'auteur rappelle toutes les luttes qu'il a dû soutenir et les oppositions qu'il a dû vaincre pour réaliser l'Hôpital psychiatrique ouvert, tel qu'il fonctionne à Paris depuis 1922, et qui servira d'exemples à des formations analogues en France et à l'étranger.

A. COURTOIS.

La Prophylaxie et l'Hygiène mentales, par E. TOULOUSE. (*La Prophylaxie mentale*, Mars-avril 1931).

Le problème de l'hygiène et de la prophylaxie des maladies mentales devient chaque jour plus important avec l'accroissement des facteurs sociaux — souvent causes de psychopathies. Son domaine dépasse largement le cadre restreint de la folie puisque le psychiatre devra s'occuper de toutes les manifestations de l'activité humaine. La Ligue d'Hygiène mentale, fondée en 1920 par les D^{rs} Toulouse et Génil-Perrin, permit la diffusion des idées favorables au mouvement nouveau et facilita la création de l'Hôpital psychiatrique, qui est devenu le principal instrument de prophylaxie mentale à Paris.

A. COURTOIS.

Quelques tendances actuelles dans l'enseignement de la psychiatrie, par Fr. G. EBAUGH. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, avril 1931.

L'enseignement de la neurologie et de la psychiatrie dans les facultés de médecine de l'Etat de Colorado est en progrès constant depuis 1920. Chaque étudiant est initié au cours de ses études aux notions essentielles de la clinique mentale. Pour que cette éducation trouve son application, des projets d'enseignement mixte sont sur le point d'aboutir. L'auteur indique un programme de conférences sur les relations de la psychiatrie avec l'obstétrique et la gynécologie où sont traitées les questions relatives aux troubles mentaux liés à la menstruation, à la grossesse, les psychoses puerpérales, l'hygiène mentale commune, l'avortement, la stérilisation.

P. CARRETTE.

La folie dans la République Argentine, par Gonzalo BOSCH. *Boletín del Instituto Psiquiátrico*, Rosario, n° 8, janvier-février-mars 1931.

Les questions psychiatriques prennent dans tous les pays une importance croissante. Gonzalo Bosch fait le procès de la conception de l'assistance des aliénés en Argentine et demande la réforme immédiate des lois actuellement en vigueur. Le nombre des malades est au minimum de 24.000; diverses statistiques indiquent des chiffres plus forts, certains dépassent le double; or, il n'est possible d'hospitaliser que 14.000 patients, en comptant asiles, hôpitaux et établissements privés. Cette hospitalisation est le plus souvent réalisée hors de toute hygiène. Si l'hôpital des aliénés de Rosario est pourvu d'un personnel instruit, de locaux aérés, de laboratoires, presque tous les autres établissements manquent de ces éléments indispensables. L'hospice des Grâces (las Mercedes), construit pour 1.000 malades, renferme 2.300 aliénés soignés par des infirmiers non éduqués et en nombre insuffisant.

Enfin, une centralisation déplorable empêche la diffusion de l'assistance: sur 14 provinces et 10 territoires fédéraux, 3 régions seulement (Buenos-Aires, Córdoba, Santa-Fé) ont le privilège de posséder des hôpitaux psychiatriques.

P. CARRETTE.

La fatigue de l'enfant, par Albéric BOUDRY. *La Presse Médicale*, 29 avril 1931.

Les signes de l'auto-intoxication qu'est la fatigue sont étudiés dans les divers domaines de l'activité physique et psychique. Des syndromes fébriles, l'albuminurie orthostatique peuvent en être l'expression; chez le nourrisson, elle peut se manifester par des troubles de l'assimilation identiques aux carences alimentaires. Des procédés nombreux peuvent la dépister: élimination d'urates en excès, hypotonies, données de l'esthésiométrie et de l'ergographie, etc. La thérapeutique préventive est avant tout hygiénique; elle régleme l'entraînement du travail physique et intellectuel; l'héliothérapie sert de complément à la vie en plein air. Les arsenicaux, le calcium et les extraits de glande surrénale forment l'essentiel du traitement curatif.

P. CARRETTE.

Hygiène mentale de l'enfant en Allemagne. Rééducation et orientation professionnelle, par Jadwiga ABRAMSON. *Hygiène mentale*, avril 1931.

Compte-rendu très consciencieux d'un voyage spécialement consacré à l'étude des œuvres de rééducation intellectuelle en Allemagne, d'hygiène et de prophylaxie mentale de l'enfance.

Dans la province rhénane, il existe 90 classes d'arriérés, 13 classes spéciales pour enfants durs d'oreilles, 3 classes pour enfants durs d'oreilles et arriérés, 4 cours de l'après-midi pour enfants présentant des troubles de la parole, il y en a de prévus pour enfants présentant des troubles du caractère.

A l'école d'arriérés de Severinswall, il y a 7 classes différentes. Le dépistage des arriérés se fait par les instituteurs des écoles ordinaires qui présentent, en fin ou en cours d'année, un rapport à une commission scolaire. Ces instituteurs suivent eux-mêmes des cours de « pédagogie thérapeutique ». Il existe enfin à Cologne un office d'Orientation professionnelle dans lequel deux « orienteurs » s'occupent spécialement des enfants arriérés.

A Berlin, on ne compte pas moins de 12 variétés de classes dans une école communale primaire. La sélection commence dès l'école maternelle. Les enfants sont soumis à des examens psycho-biologiques précis. L'existence de « *Sammelklassen* » ou classes de concentration, paraît particulièrement heureuse, les enfants très arriérés qui, chez nous, échoueraient à l'asile, y sont recueillis et gardés jusqu'à 6 heures du soir.

Et ainsi, à Mayence, à Hambourg, à Stuttgart où il existe une importante école professionnelle pour arriérés, etc...

Ce travail, très documenté, résumé si brièvement, fait ressortir, hélas, d'une éclatante façon l'insuffisance de l'organisation de l'hygiène mentale de l'enfance dans notre pays. Souhaitons qu'il soit pour nous un exemple et une émulation.

Roger ANGLADE

Le sauvetage des intelligences infantiles par la transplantation familiale, par J. ROUBINOVITCH. *La Prophylaxie mentale*. Janv. févr. 1931.

L'auteur rappelle les résultats favorables de l'œuvre du Sauvetage de l'enfance (fondée en 1888 par Jules Siméon), qui a pour but — comme l'œuvre de Grancher pour la tuberculose — d'éloigner du foyer psychopathique le jeune enfant et le place dans une nouvelle famille à l'abri des facteurs de contagion mentale.

A. COURTOIS.

Problèmes associés à la psychiatrie infantile, par Sara HIRSDANSKY. *The Psychiatric Quarterly*, avril 1931.

L'enfance anormale a surtout besoin d'un système d'éducation qui ne peut être réalisé que dans des cliniques spéciales. Les éducateurs ont chacun leur rôle précis ; le personnel doit se composer au minimum de 4 agents : 1. Le psychiatre chargé de recueillir les documents cliniques, de déceler les troubles mentaux, les tendances du caractère et les insuffisances organiques ; 2. le « *social worker* » qui conduit ses investigations au domicile familial et apprécie la valeur de l'entourage ; 3. le psychologue qui détermine le niveau mental de l'enfant, ses possibilités, ses lacunes ; 4. le secrétaire établissant la liaison entre les maîtres, les parents et l'organisation scolaire ; il collecte et communique les renseignements à chacune des parties.

Le fonctionnement de telles organisations permet aux enfants de progresser rapidement. Parmi ceux qui en tirent un bénéfice réel, il faut citer : les émotifs, instables et impulsifs ; les névropathes, tiqueurs, fabulateurs ou débiles physiques ; les rêveurs, les taciturnes chez lesquels il faut dépister le début de psychoses du type schizophrénique ; les excités moteurs « *préchoréiques* » ; les endocriniens. Le traitement de ces tendances pathologiques, prises au début, évitera une mauvaise orientation sociale de nombreux sujets.

P. CARRETTE.

Le travail anormal comme facteur étiologique dans la déficience mentale et dans d'autres manifestations associées : analyse de 20.473 cas, par NEIL A. DAYTON. *Proceedings of the Fifty-Fourth Annual Session of the American Association for the Study of the Feeble-minded*. Washington, 5-7 mai 1930, 54 pages, 14 graphiques et 11 tables.

Cette énorme entreprise, très brièvement présentée, a nécessité des recherches dans 15 écoles psychiatriques et la collaboration de 125 accoucheurs

de l'Etat de Massachusetts de 1915 à 1929. Elle se propose d'étudier l'influence du travail de l'accouchement sur l'état organique et psychique ultérieur des sujets issus ; ce qui a impliqué la fixation d'un certain nombre de critères.

Pour le travail anormal, ils ont trait aux difficultés locales impliquées par des traumatismes et à la durée dont les limites inférieures arbitraires sont : 12 heures pour une multipare et 24 heures pour une primipare. L'influence de l'ordre de naissance est rattachée à ces données, la difficulté du travail diminuant, en général, à chaque accouchement, toutes choses égales d'ailleurs. Il est tenu compte aussi des interventions par forceps.

Des comparaisons sont faites entre les sujets issus d'un travail normal et ceux qui sont nés après un travail anormal. Le niveau mental est mesuré par des tests uniformes, ceux dont Fernald a introduit l'usage, pour les sujets arriérés, les retardés et les enfants sains, suivant une échelle ; chacun étant désigné par un chiffre indiquant l'intelligence quotient ; les chiffres les plus bas correspondant à l'idiotie, ceux des arriérés de 0 à 69, ceux des retardés au-dessus de 70.

Outre le développement mental, l'enquête retient l'état moral, social et émotionnel, les dispositions pour chaque spécialité scolaire, le nombre et le type des défauts physiques, le poids, la taille, les troubles psychiques.

On peut voir, par les résultats obtenus, que le travail anormal a été plus particulièrement fréquent pour les sujets dont l'intelligence quotient est plus bas ou plus élevé dans l'échelle des enfants arriérés et retardés, qu'il n'intervient pas pour les sujets intermédiaires, ni dans telle spécialité scolaire ; qu'il est en rapport avec le nombre des imperfections physiques, surtout avec les altérations du squelette, avec l'instabilité émotionnelle. Les autres recherches n'ont pas donné de concordances intéressantes, mais les quelques points acquis prouvent l'intérêt de ces études pour établir l'étiologie de maints désordres dont le retentissement sur la valeur sociale de l'individu peut être considérable.

P. CARRETTE.

Epilepsie et mariage, par B. GADELIUS. *Hygiea*, N° 3, 1931, Stockholm.

Les dispositions légales, qui interdisent en Suède et en Finlande le mariage des épileptiques, doivent être modifiées. On ne peut pas mettre au même plan les aliénés et les épileptiques. Ceux-ci sont souvent intacts au point de vue mental, voire même supérieurement intelligents, capables d'une activité créatrice. D'autre part, le problème de l'hérédité de l'épilepsie est encore bien discuté. Son importance est certainement bien moins grande que dans la psychose maniaque-dépressive ou dans la démence précoce par exemple. Il faut distinguer aussi l'épilepsie constitutionnelle et l'épilepsie acquise non héréditaire. A côté de la renonciation au mariage, il y a lieu d'envisager la stérilisation, et il faudrait laisser aux malades le choix entre ces 2 méthodes.

E. BAUER.

Possibilités et nécessités de la pratique eugénique en psychiatrie. (Möglichkeiten und Notwendigkeiten für die psychiatrisch-eugenische Praxis), par Hans LUXENBURGER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1^{er} mai 1931, p. 753.

L'auteur discute les différentes méthodes qui peuvent être envisagées pour empêcher la procréation chez les malades et les déficients mentaux. Les

consultations dans un but prophylactique, l'emploi des moyens préventifs, l'interdiction du mariage, sont inefficaces. L'avortement dans un but d'eugénique est à rejeter. L'internement définitif, eugénique, des psychopathes est irréalisable. Seule, la stérilisation constitue une méthode efficace. Cependant, le Code Pénal allemand actuellement en vigueur ne l'autorise pas plus que le projet de 1925 du Code Pénal nouveau. L'encyclique récente du pape, qui la condamne, semble avoir confondu stérilisation et castration ; or, cette dernière, l'auteur la rejette également.

E. BAUER.

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique de la paralysie générale par les infections. (Über die Infektionstherapie der progressiven Paralyse), par WAGNER-JAUREGG. *Münchener mediz. Wochenschrift*, 2 janvier 1931, p. 4.

L'auteur expose la méthode de l'impaludation et discute les résultats des diverses méthodes pyrétotherapies de la paralysie générale. Le traitement malarique doit être dosé comme un traitement médicamenteux. W. préconise : l'inoculation sous-cutanée, de préférence ; la régulation des accès fébriles, dont l'intensité peut être diminuée par de petites doses de quinine (0,20-0,30 centigr., ou 0,05 centigr. par jour dès le début, ou plasmochin) ; la réactivation de la fièvre par l'irradiation de la rate, les injections d'adrénaline, de nucléinate de soude, de vaccin antityphique ; le dédoublement de la cure chez les malades affaiblis, comportant une 1^{re} impaludation, suivie de 2 à 4 accès fébriles, une cure au novarsénobenzol pendant 6 semaines, une 2^e impaludation suivie de 4 à 6 accès fébriles.

Dans une cure normale, le nombre *optima* des accès est de 8. Des cures de 13-15 accès donnent des résultats nettement moins favorables (Loberg). La proportion des guérisons est de 30 0/0. La guérison complète, au point de vue anatomique, est démontrée. La question de l'existence de tréponèmes dans le cerveau des paralytiques généraux améliorés par l'impaludation reste à résoudre.

Parmi les diverses méthodes pyrétotherapies de la paralysie générale, seule l'inoculation des maladies infectieuses elles-mêmes donne de bons résultats (malaria tierce et quarte, fièvre récurrente, Sodoku). La tuberculine et les vaccins microbiens ont donné quelques résultats. Les résultats ont été très médiocres avec la pyrétothérapie médicamenteuse (nucléinate de soude, Phlogétan, lait). L'auteur est sceptique à l'égard de la méthode au soufre préconisée par Knud Schrøder (Sulfosin).

L'auteur préconise la malariathérapie prophylactique des syphilitiques tertiaires et l'association de traitements spécifiques intenses, selon la méthode préconisée par Leroy et Médakovitch, avec la malariathérapie.

E. BAUER.

Recherches sur les résultats de la malariathérapie de la paralysie générale. (Untersuchungen über das Resultat der Malariabehandlung bei Dementia paralytica), par V. HENDRIKSEN. *Acta psychiatrica et neurologica*, Copenhague 1931, fasc. 1^{er}, p. 13.

319 paralytiques généraux ont été impaludés au St-Hans-Männerspital (Danemark), du 22 octobre 1922 au 1^{er} juin 1929. Voici les résultats consta-

tés à la date du 1^{er} juin 1930 : 97 malades sont morts, 24 pendant ou immédiatement après la période fébrile, 23 moins d'un an après. Parmi les malades décédés, on ne compte que 2 bonnes rémissions. 80 malades n'ont pas quitté l'hôpital ; ils sont tous incapables de travailler. 119 malades sont sortis, 87 travaillent (75 bonnes rémissions, 12 rémissions légères). Le sort de 23 malades est inconnu.

Au point de vue thérapeutique, on compte 78 bonnes rémissions, dont 35 guérisons apparemment complètes (24,5 0/0), 74 rémissions légères (23,2 0/0), 144 résultats nuls, 23 résultats inconnus. Au point de vue social, la récupération est de 87 malades redevenus capables de travailler, ce qui fait 27,2 0/0. Les résultats n'ont pas été meilleurs chez les malades soumis au traitement spécifique après le traitement paludéen, que chez ceux non soumis au traitement spécifique.

Dans certains cas, la malariathérapie, au lieu d'avoir une influence favorable ou stabilisatrice sur la paralysie générale, l'aggrave au contraire, mais le plus souvent d'une façon passagère seulement (2 exemples cités). La rémission, dans les cas favorables, se produit le plus souvent pendant les premiers mois qui suivent la cure, plus rarement pendant la période fébrile, ou 6 mois à 1 an après. Même dans les cas de guérison apparemment complète, l'examen attentif révèle des signes de déficit.

E. BAUER.

Rupture spontanée de la rate consécutive à la malariathérapie. (Spontanruptur der Milz bei Impfmalaria), par B. JUTZ et A. JACOBI. *Münch. mediz. Wochenschrift*, 6 mars 1931, p. 395.

Cet accident est très rare. Sur 1.000 malades traités à Vienne et à Hambourg, 2 cas seulement ont été signalés. Les auteurs communiquent un nouveau cas : rupture de la rate au 7^e accès fébrile ; à l'autopsie, hypertrophie considérable de la rate, qui, vidée de son sang, pèse 540 gr.

E. BAUER.

Iritis consécutive à la malariathérapie de la paralysie générale. (Iritis nach Malariaabhandlung der Paralyse), par ENGEL. *Munchener mediz. Wochenschrift*, 2 janv. 1931, p. 8.

Une paralytique générale impaludée est atteinte, 6 jours après son dernier accès fébrile, d'iritis qui guérit d'ailleurs rapidement. Cet accident, lorsqu'il se produit chez des paralytiques généraux impaludés, est d'origine syphilitique et non paludéenne. La malariathérapie, en agissant uniquement sur les manifestations métasyphilitiques, libère en quelque sorte la syphilis tertiaire. Par contre, l'iritis observée chez les paralytiques généraux traités par la fièvre récurrente, est due à la maladie inoculée.

E. BAUER.

Recherches sur le traitement prolongé de la paralysie générale par la tryparsamide, par Thomas TENNENT. *The Journal of Mental Science*, janvier 1931.

L'auteur a obtenu de bons résultats par l'emploi de la tryparsamide en injections intraveineuses à dose de 2 à 4 grammes par semaine. Ce traitement a pu être prolongé pendant plusieurs mois chez 50 malades. Dans

certains cas on a associé à l'action chimique celle de la pyrétothérapie. Le nombre des rémissions, plus ou moins complètes, atteint 68 0/0. Les cas les plus favorables étaient recrutés parmi les sujets jeunes, les paralytiques du type maniaque et euphorique, les tabo-paralytiques. Les accidents visuels ont été rares. L'examen ophtalmoscopique a été pratiqué systématiquement avant la cure.

P. CARRETTE.

Indication et importance de la pyrétothérapie vaccinale, par A. D'ORMEA et E. BROGGI (de Sienne). *Rassegna di Studi Psichiatrici* (février 1931).

Les auteurs font connaître les résultats obtenus dans la cure de la paralysie générale, en appliquant le vaccin antipyogène mixte. Ils ont pratiqué le vaccin chez deux séries de malades avant et après la malariathérapie. Dans dix autres cas, ils n'ont employé que le seul vaccin et ont obtenu cinq guérisons et une amélioration. L'emploi du vaccin n'a donné lieu à aucun inconvénient, même chez les malades affaiblis ou âgés. Ils exposent les avantages que ce traitement peut avoir sur la malariathérapie.

Paul ABÉLY.

Contribution à l'étude du traitement de la démence précoce par la Malaria, par F. BERTOLINI (de Vérone). *Psichiatria clinica et Tecnica Manicomiale* (Fasc. IV, 1930).

L'auteur a traité ainsi 81 malades. Dans 4 cas, il a obtenu une amélioration avec rémission des symptômes psychiques, trois purent quitter la maison de santé. Les rémissions durèrent de 3 mois à un an. Il conclut que ce traitement peut être essayé au début des états schizophréniques et spécialement chez des sujets qui présentent une association de constitution schizothymique et de constitution maniaque-dépressive. Cette thérapeutique paraît sans effet chez les déments précoces purs ou déjà anciens.

Paul ABÉLY.

Traitement radiothermique de la paralysie générale, par Leland E. HINSIE et Charles M. CARPENTER. *The Psychiatric Quarterly*, Albany, avril 1931.

Les ondes courtes données par l'appareil que Carpenter et Page ont proposé en 1928 peuvent être employées pour provoquer l'hyperthermie chez l'homme. Le patient est placé sur un tapis de cordons de coton entrelacés, dans un compartiment de bois au-dessus du réservoir électrique et entre deux plaques d'aluminium doublées de caoutchouc. La tête est libre hors de la caisse.

La température rectale s'élève à 105 et même 106° Fahrenheit (près de 41° centigrade) en une heure environ. Le dessein est évidemment d'imiter, sans le secours d'une infection surajoutée, les accès thermiques de la malaria. Ces séances, qui doivent durer quelques heures, affaiblissent le sujet et causent des modifications de la formule sanguine du type anémique, mais la restauration est prompt.

17 malades ont été traités par des séries de 10 accès thermiques pendant 8 mois au New-York State Psychiatric Hospital. 11 ont quitté la Clinique très améliorés. Les altérations cytologiques du liquide céphalo-rachidien ont pu être notablement réduites ; les autres réactions ont paru plus résistantes.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Quelle contribution pratique immédiate la psychiatrie peut-elle apporter à l'application de la législation criminelle ? par W. OVERHOLSER. *Reports of American Bar Association*, vol. 55, 1930.

L'assistance psychiatrique des criminels est souvent entravée par le scepticisme ou même l'opposition des magistrats. L'auteur montre que les réactions des délinquants sont fréquemment anormales du point de vue psychopathologique, qu'elles peuvent inciter à l'indulgence dans la sentence, bien que leur danger commande un traitement spécial et l'internement prolongé, ou même continu pour les sujets dont la constitution mentale présente une menace pour la société.

La justice n'en sera pas lésée ; au contraire. L'annexe psychiatrique de la prison est le moyen idéal de défense et de récupération.

P. CARRETTE.

Etude expérimentale de différentes aptitudes psychiques chez les prisonniers, par G. MENNENS. (Travail du laboratoire de Psychologie pédagogique de l'Université de Louvain). *Journal de Psychologie*, 1931, nos 3-4, pp. 283-302.

Intéressante étude, conduite avec soin, mais sur un nombre trop limité de cas. L'auteur tire des conclusions d'abord au sujet de ses instruments de travail : c'est ainsi que l'échelle de Vermeulen, bon instrument de mesure de « l'intelligence générale » apparaît une fois de plus, comme un détestable instrument d'analyse. Sur le fond même du problème, G. M. montre, avec les auteurs américains récents, que contrairement à l'opinion courante, les prisonniers ont un niveau d'intelligence légèrement supérieur au niveau moyen de leur milieu ; cette supériorité apparaît nettement chez les criminels, sinon chez les correctionnels ; les non-récidivistes sont inférieurs aux récidivistes, les condamnés pour attentat à la propriété, aux condamnés pour attentat sur les personnes, ceux-ci aux condamnés pour attentat aux mœurs. Les constatations relatives au test de Henley paraissent plus hasardeuses : il mesurerait l'aptitude à percevoir les relations sociales, et corrélativement, donnerait des résultats supérieurs chez les condamnés pour attentat contre les personnes.

On souhaite que l'auteur reprenne ces recherches sur une plus large échelle, avec des instruments de travail meilleurs, et non seulement en étendue, mais en profondeur, en corroborant les résultats de la statistique et ceux de la clinique.

D. LAGACHE.

Commentaires sur l'emploi de l'épreuve de Fernald-Jakobsohn chez les délinquants, par J. FUSTER. *Archivos de Neurobiologia*, janvier-février 1931.

Les tests de Fernald-Jakobsohn comprennent 7 épreuves d'appréciation des faits par le récit ou mieux par l'image, analogues à celles que subissent les enfants pour la recherche de l'arriération mentale. Les sujets sont les suivants : 1. Vols d'aliments par nécessité ; 2. Fraude par irréflexion ; 3. Vol intentionnel et dissimulation d'une bicyclette ; 4. Falsification de signatures et escroquerie de grandes sommes d'argent ; 5. Agression du

beau-père dans un accès de rage motivé par un traitement injuste et brutal ; 6. Mort d'un camarade en jouant avec des armes à feu ; 7. Assassinat pour vol.

Le patient doit classer les sujets par ordre de gravité. Le but n'est pas d'apprécier son degré d'intelligence, mais sa valeur éthique.

P. CARRETTE.

Psychiatrie et Crime, par W. OVERHOLSER. *The National Probation Association*, 1930, Year Book.

Courte étude sur la législation criminelle de l'état de Massachusetts. La loi Briggs, qui fonctionne depuis 1921, soumet à l'examen psychiatrique les criminels et les récidivistes. Au début, l'application a été laborieuse, mais des amendements successifs ont fait entrer peu à peu les formalités dans la pratique judiciaire. L'éducation des magistrats est faite aujourd'hui ; chaque détenu a son dossier avec son histoire clinique.

P. C.

Le régime pénitentiaire en Belgique, par M. Henry VAN ETEN. (*La Prophylaxie mentale*. Mars-avril 1931).

Extraits du rapport de M. Henry Van Etten au « Comité d'Etudes d'Action pour la diminution du crime », qui expose l'œuvre entreprise en Belgique sous l'impulsion du D^r Vervaeck, pour modifier le statut pénal traditionnel grâce à l'étude anthropologique et psychiatrique des délinquants.

A. C.

Création en Belgique d'Etablissements de défense sociale pour anormaux et pour récidivistes. (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Bruxelles, tome 11, n° 1, janvier 1931).

A la suite de la mise en vigueur de la loi belge de défense sociale du 9 avril 1930, à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, deux arrêtés royaux, en date du 15 décembre 1930, viennent de désigner des établissements spéciaux d'internement.

Il est créé, à *Merxplas*, un établissement spécial où seront internés les récidivistes et délinquants d'habitude de sexe masculin. Une section spéciale est organisée aux Etablissements de bienfaisance de *Saint-André-lez-Bruges*, pour l'internement des femmes appartenant aux mêmes catégories.

Quant à l'internement des inculpés et des condamnés reconnus en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale, il se fera, pour les hommes, dans l'un des trois établissements suivants : 1° section spéciale de l'Asile d'aliénés de l'Etat à *Tournai* ; 2° quartier spécial de la prison centrale de *Gand* ; 3° quartier spécial de l'établissement pénitentiaire de *Merxplas* ; et, pour les femmes, soit dans une section spéciale de l'Asile d'aliénées de l'Etat de *Mons*, soit dans un quartier spécial de la prison pour femmes à *Forest*.

LAUZIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 novembre 1931*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 23 novembre 1931*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 décembre 1931*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-Psychologique auront lieu le *lundi 28 décembre 1931*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie.

M. le D^r Marcel NATHAN, membre correspondant de la Société Médico-psychologique, ancien trésorier de la Société de Psychiatrie de Paris, Chevalier de la Légion d'Honneur.

Election.

L'élection à une place de *membre titulaire* déclarée vacante aura lieu à la séance du *lundi 28 décembre 1931*. Les lettres de candidature à cette élection devront être parvenues au Secrétaire général avant la séance du *lundi 23 novembre 1931*.

Prix de la Société Médico-Psychologique.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, pour le *Prix Aubanel* (3.000 fr.), le *Prix Moreau de Tours* (200 francs), et le *Prix Christian* (1.000 francs), à décerner en 1932 par la Société Médico-Psychologique, devront être remis au Secrétaire général avant le 31 décembre 1931. Les conditions de ces prix ont été publiées dans le numéro de janvier 1931 des *Annales Médico-Psychologiques*, page 109.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-Psychologique (Décision du 22 mars 1910).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Légion d'Honneur.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur* :

M. le Dr BELLETRUD, Conseiller Général des Alpes-Maritimes, ancien Médecin-Chef de l'Asile de Pierrefeu (Var).

M. le Dr CAPGRAS, Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), à Paris.

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique.

Médaille d'Or :

M. le Dr TRÉNEL, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine ;

M. le Dr BEAUDOUIN, Médecin-Chef de service à l'Asile de Maison-Blanche (Seine).

Instruction publique.

Sont nommés *officiers de l'Instruction publique* :

M. le Dr GELMA, chargé de cours de psychiatrie à l'Université de Strasbourg.

M. le Dr PERRENS, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, médecin-chef de service à l'Asile de Château-Picon.

Honorariat.

M. le Dr Maurice HAMEL, ancien médecin-chef de service à la Maison de Santé Départementale de la Seine-Inférieure est nommé Médecin honoraire des Asiles publics d'aliénés.

Nominations.

M. le docteur GISCARD est nommé médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Lommelet (Nord).

M. le docteur CLERC est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin).

M. le docteur LASSALLE est nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège).

M. le docteur PORC'HER est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

M. le docteur POTTIER est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de St-Dizier (Haute-Marne).

M. le docteur GODARD est nommé médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'asile public de Lehon (Côtes-du-Nord).

M. le docteur Henri BARUK est nommé médecin-chef de service à la Maison Nationale de Saint-Maurice (Seine).

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

le poste de médecin-directeur de l'Asile public de Sarreguemines (Moselle) ;

le poste de médecin-directeur de l'Asile de Breuty-la-Couronne (Charente) ;

- le poste de médecin-chef de l'Asile public de Dury-les-Amiens (Somme) ;
- un poste de médecin-chef à l'Asile public de Quatre-Mares à Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure) ;
- un poste de médecin-chef à l'Asile privé de Bégard (Côtes-du-Nord) ;
- un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise) ;
- un poste de médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) ;
- un poste de médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés de Marseille (B.-du-R.).

Quartier d'aliénés de l'Hospice Saint-Jacques à Nantes.

Dans sa séance du 6 juillet 1931, le Conseil général de la Loire-Inférieure a donné un avis favorable aux devis et plans dressés pour la transformation du quartier des aliénés et au projet d'un emprunt de 8 millions par la commission des hospices pour l'exécution de ces travaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, désigné pour succéder au Professeur MÉNÉTRIER à la Chaire d'*Histoire de la Médecine et de la Chirurgie* de la Faculté de Médecine de Paris, donnera sa *leçon inaugurale* le *vendredi 20 novembre, à 18 heures*, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

UN MONUMENT AU PROFESSEUR GILBERT BALLET

Un appel du comité

L'Association des médecins de la Haute-Vienne a, dans sa réunion d'été de 1930, sur la proposition de son président, le docteur Bousset, décidé de consacrer le souvenir de Gilbert BALLET en érigeant sur une stèle son buste au vu du public, à Limoges.

Né à Ambazac, Gilbert BALLET a fait, au lycée de Limoges, ses études secondaires, à l'école de médecine et de pharmacie de cette ville les premières années des études médicales et, après l'internat des hôpitaux de Paris, fut médecin des hôpitaux, agrégé et professeur à la faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

L'association a établi un comité chargé de solliciter les concours indispensables. S'inspirant de l'idée que l'œuvre à réaliser est purement médicale, le comité a fait appel, à Paris, aux collègues, aux collaborateurs, aux élèves de G. BALLET, et son appel a rencontré un accueil très sympathique. Il a pensé aussi que l'occasion ne pouvait être délaissée de rendre également hommage à un autre Limousin, le docteur d'ARSONVAL, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, grand-croix de la Légion d'honneur, qui a accepté le titre de *président d'honneur*.

Enfin, c'est au corps médical de Limoges et de la région limousine, aux groupements médicaux et paramédicaux, aux associations et aux syndicats professionnels que le comité adresse son plus pressant appel, confiant que nul ne restera indifférent à l'hommage rendu à un de leurs membres les plus éminents, sous le patronage du plus illustre.

Les *souscriptions* sont reçues chez : le docteur RAYMONDAUD, 17, rue Péti-

niaud-Beaupeyrat, *président* du comité ; le docteur DELOR, 21, boulevard Louis-Blanc, *trésorier* ; le docteur HERVY, 33, boulevard Gambetta, *secrétaire général* du syndicat des médecins de la Haute-Vienne.

A tout souscripteur de 100 francs au moins sera adressée une plaquette contenant le compte rendu de la séance d'inauguration et le texte des paroles qui y auront été prononcées.

(Le Siècle Médical).

VI^e CONFÉRENCE DES PSYCHANALYSTES DE LANGUE FRANÇAISE

La 6^e Conférence annuelle des Psychanalystes de langue française a eu lieu à Paris, les vendredi 30 et samedi 31 octobre 1931, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales à l'Asile clinique Sainte-Anne.

Des rapports ont été présentés : le vendredi 30 octobre, de 9 à 12 h., par M. G. PARCHEMINEY, sur *l'hystérie de conversion* ; le samedi 31 octobre, de 9 à 12 h., par Mme JOUVE-REVERCHON, sur *l'hystérie du point de vue psychiatrique*.

NÉCROLOGIE

Auguste Forel (1848-1931)

Né à Morges le 1^{er} septembre 1848, Auguste Forel fut d'abord Médecin-assistant à l'Asile d'Aliénés de Munich, en 1873. Dès 1879, il fut nommé professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich et médecin-directeur de l'Asile d'Aliénés du Burghölzli. Il était docteur en philosophie *honoris causa* de l'Université de Zurich (1896), et de l'Université de Clark, aux Etats-Unis (1899).

Il a publié plus de 400 travaux et était aussi connu comme psychiatre et comme philanthrope que comme entomologiste. Parmi ses publications médicales, il est inutile de rappeler ses recherches sur l'anatomie et sur l'histologie du cerveau, son *Traité sur l'hypnotisme et la suggestion psychothérapique*, ses ouvrages, destinés au grand public, sur *l'Ame et le Système Nerveux* et sur *la question sexuelle exposée aux adultes cultivés*, etc... Les questions d'Hygiène sociale furent au premier plan de ses préoccupations et il fut à la tête du mouvement antialcoolique international, créant, dès 1889, dans le canton de Zurich, l'Asile d'Ellikon, pour les buveurs. Ses travaux entomologiques sont justement célèbres. Il n'avait que 26 ans lorsqu'il publia sur *les Fourmis de la Suisse* un ouvrage qui fut couronné par l'Académie des Sciences.

Le professeur Auguste Forel est mort à Yverne, le 27 juillet dernier, à l'âge de 83 ans. Tous ceux qui l'ont approché conserveront un souvenir ému de ce savant si modeste et si accueillant dont la vie, toute de désintéressement, fut consacrée à la science. Par ses conférences et par ses écrits destinés au grand public, par ses créations de ligues et d'établissements spéciaux pour les alcooliques, Auguste Forel fut, en matière d'Hygiène mentale, un précurseur.

René CHARPENTIER.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

BALLET (LOUIS-GILBERT-SIMON)

PAR

RENÉ SEMELAIGNE



Au cours du prochain Congrès des médecins aliénistes et neurologistes doit être inauguré, à Limoges, le buste de Gilbert Ballet, et je ne crois pas sans intérêt de consacrer quelques pages à la mémoire de cet ami des jours passés.

Il était né à Ambazac, département de la Haute-Vienne, le 29 mars 1853. Après de brillantes études au lycée de Limoges, il s'inscrivait à l'Ecole de médecine, puis il vint à Paris où il obtenait, en 1875, le titre d'interne des hôpitaux. A la même promotion appartenait Brissaud. Elèves du même maître, agrégés du même concours, ils ont occupé la chaire d'histoire de la médecine ; l'un, devenu aliéniste, resta fidèle à la neurologie, l'autre, resté neurologiste, signalait les liens qui unissent les maladies mentales et nerveuses. « Edouard Brissaud, nous dit Ballet, a eu tous les succès qu'un médecin peut rêver ; il a parcouru la carrière facilement, régulièrement, sans accrocs et sans heurts. Ceux qui croient à la chance pourraient penser qu'il en eut, sans remarquer que ce qu'on appelle la chance n'est d'ordinaire que le résultat de l'effort mis au service de qualités natives. »

Ce portrait tracé par Ballet n'est-il pas également le sien, et sa belle carrière ne résulte-t-elle pas autant du labeur assidu que des dons naturels ? Si tous deux ont connu les affres et souffrances d'une mort prématurée, la fortune heureuse leur avait longtemps souri.

Interne de Charcot, Ballet devint son chef de clinique, après avoir soutenu une thèse remarquée sur le faisceau sensitif. Des relations fréquentes avec Bourneville, au *Progrès médical*, et des amitiés dans le monde aliéniste, avaient engagé dans une voie nouvelle son esprit toujours en éveil, et quand fut autorisée, en 1889, la spécialisation des agrégés, il choisit la psychiatrie. Ses connaissances étendues, sa maîtrise de la parole le plaçaient au premier rang comme éducateur, et quand, à la mort de Ball, on voulut, pour suivre la tradition, choisir un agrégé, tout semblait le désigner, mais il n'avait que quarante ans ; l'enseignement fut confié à un homme plus âgé, certainement digne d'occuper une chaire magistrale, mais encore peu au courant de la spécialité qu'il allait professer. Ballet était philosophe ; il savait attendre ; sa consultation restait ouverte aux affections mentales, et une salle du service fut consacrée aux délirants.

C'était un érudit. Les travaux de l'esprit et les recherches historiques le délassaient des occupations professionnelles, et les hommes d'autrefois lui furent aussi familiers que ses contemporains. Quand la chaire d'histoire de la médecine devint vacante, il l'obtint sans lutte et à la satisfaction générale, le 20 juillet 1907, mais il n'eut pas le temps d'y donner sa mesure. Seize mois plus tard la mort inattendue de Joffroy lui ouvrait les portes de Sainte-Anne.

Les élèves se pressaient nombreux à ses cours, et son œuvre scientifique est importante ; aussi nous est-il impossible d'en donner ici un résumé, même succinct. Je rappellerai seulement qu'il reprochait à certains aliénistes de vouloir « constituer une sorte de religion dont ils empruntent le langage et les croyances à la clinique de Munich ». Il admirait cependant les travaux de Kræpelin et regrettait de lui voir attribuer, pour la folie maniaque dépressive et la démence précoce, « des opinions rigides et arrêtées qu'il n'a pas ». A ces expressions, il préférerait celles de psychose périodique et de démence vésanique. Mais plus d'un s'est illusionné « au point de prendre pour des choses nouvelles des choses plutôt baptisées d'un vocable nouveau ». Si les cas nombreux de rapide affaiblissement intellectuel, déjà signalés par Esquirol et décrits par Morel, n'ont pas fait l'objet d'une étude approfondie, c'est qu'on se contentait de les faire dépen-

dre de la dégénérescence, « expression commode qui expliquait tout ce qu'on ne comprenait pas très bien ».

Partisan convaincu de l'origine spécifique de la paralysie générale, il s'efforçait, au Congrès de 1889, de convaincre ses auditeurs. « Là où on trouve la paralysie générale, affirmait-il, on trouve la syphilis. » A l'objection fondée sur la non-efficacité du traitement, il répondait qu'un traitement ne peut reconstituer des éléments nerveux détruits. Quelques années plus tard, dans une communication à la Société médico-psychologique, il montrait que l'anatomie pathologique plaide en faveur de la spécificité de la maladie. Mais « ce ne sont pas en général les syphilis malignes qui produisent le plus la paralysie générale, ce sont les syphilis bénignes ». La descendance de ces malades avait particulièrement attiré son attention, et il établissait une distinction entre les enfants conçus au cours de la maladie confirmée et ceux engendrés avant son éclosion. « Ma conviction, disait-il, est que ces derniers ne sont pas menacés de troubles nerveux plus que d'autres. »

Ballet estimait qu'une question non-médicale ne relève pas du médecin, et il refusa, en ces termes, son avis à un journal qui ouvrait une enquête sur le divorce des aliénés : « Vous me demandez si l'on doit parfois autoriser le divorce pour cause d'aliénation mentale. Cette question de principe est étrangère à la médecine, et ce n'est pas en tant que médecin que je pourrais vous répondre. Que le législateur résolve le problème qui est sien, et dans les cas particuliers à propos desquels vous me demanderez un avis médical, je vous dirai si les conditions que la loi exige sont réalisées... » Et comme on exprimait quelques doutes, il déclarait que « le législateur serait bien léger, s'il ne consultait pas les personnes compétentes ». En parlant ainsi, le sceptique Ballet était-il bien convaincu ? Ceux qui l'ont connu pourraient en douter, car il n'ignorait rien des politiciens, et savait combien, dans les décisions à prendre, l'avis des hommes compétents est d'un faible poids.

Son opinion était la même sur les questions de responsabilité et d'irresponsabilité ; elles ne sont pas du domaine médical et ne regardent que les magistrats. Il admet que, dans la pratique, ces mots sont devenus synonymes d'état normal ou morbide, mais un grand nombre de délinquants ne rentrent ni dans l'une ni dans l'autre des catégories, et on a pris l'habitude, suivant lui fâcheuse, de les déclarer atteints de responsabilité atténuée. « Outre que cette expression n'a pas de signification médicale, elle a l'inconvénient d'entraîner comme sanction l'atténuation

de la peine, la seule qu'elle puisse logiquement comporter. Or, un grand nombre de délinquants, dits à responsabilité atténuée, sont plus dangereux, au point de vue social, que beaucoup de criminels dits à responsabilité complète. » Il réclamait pour eux des établissements intermédiaires entre l'asile et la prison.

Parmi les questions qui occupèrent le plus son activité dans les dernières années de sa vie, vient en première ligne le régime légal applicable aux aliénés. La loi du 30 juin 1838 a été l'objet des plus violentes attaques ; on l'a même qualifiée de loi scélérate, épithète sans grande importance, observait Ballet, puisque c'est celle « dont nous avons coutume, en France, de nous servir pour qualifier les lois qui ne nous plaisent pas ». Une loi nouvelle doit être d'assistance et non simplement de sécurité publique, et la formule de l'avenir lui paraît être « le psychopathe aigu à l'hôpital, le psychopathe chronique à l'hospice ou à la colonie ». En attendant, il pense que l'asile doit se rapprocher davantage de l'hôpital et de l'hospice que de la prison, ce qui arriverait cependant si, pour tous les malades, on admettait l'intervention de la magistrature et une décision judiciaire ; cette intervention ne lui semble admissible que pour les protestataires. Il blâmait, dans le projet soumis au Parlement, l'article visant les malades soignés dans leurs familles, et l'inquisition judiciaire exercée chez les particuliers, et il jugeait inacceptable les formalités imposées à ceux qui veulent placer leurs malades à l'étranger. Ce ne sera plus, disait-il, une loi médicale, mais une loi policière.

Il réclamait la suppression du vocable aliéné et son remplacement par psychopathe. L'idée a fait son chemin, car on se laisse séduire par les mots nouveaux, même quand ils sonnent mal à l'oreille. Evidemment, on ne saurait, en s'exprimant, trop ménager les susceptibilités individuelles. Que de fois j'ai entendu des parents demander anxieusement : Est-ce vraiment de la folie ? J'avais coutume de répondre qu'il s'agissait simplement d'une psychose, et, s'ils ne comprenaient pas toujours, du moins ils semblaient soulagés. Le terme d'aliéné, disait Dupré, n'a qu'une valeur légale et administrative. Les mots ont surtout la valeur qu'on leur donne. On disait autrefois des lunatiques, des insensés, des fous, et il n'y a certainement aucun inconvénient à appeler les aliénés des psychopathes, mais le public finira par assimiler ce terme à la folie, les parents demanderont s'il ne s'agit pas d'une psychopathie, et nos descendants, repoussant ce vocable suspect, s'efforceront de trouver une autre dénomination.

Ballet fut un fidèle de nos congrès annuels, et ses collègues

l'appelèrent à présider la session de Limoges. A la séance d'ouverture, dans cette ville où s'étaient écoulées les premières années de sa jeunesse studieuse, où tant de souvenirs vivaient encore, ses amis et ses élèves l'entouraient, et pour lui ce fut un beau jour.

Dans la matinée du 29 juillet 1914, il se trouvait chez moi avec Dupré pour une consultation. La XXIV^e session de nos congrès devait s'ouvrir à Luxembourg le 1^{er} août, et nous discussions anxieusement les probabilités de guerre. Elle survint, et Ballet poursuivait ses occupations. Mais bientôt il ressentait les premières atteintes du mal qui devait l'emporter, et, conscient de l'issue fatale et prochaine, il se maintint dans le travail jusqu'au jour où la lutte devint impossible. Il succombait le 17 mars 1916.

Dans aucune réunion un homme pareillement doué ne pouvait rester inaperçu. De taille moyenne, affable, le sourire aux lèvres, l'œil malicieux sous le pince-nez qu'il ne quittait jamais, il savait, dans la conversation, tenir sous le charme ses auditeurs, et les sujets les plus divers lui semblaient familiers. Accueillant et serviable, il restait fidèle à ses amitiés. Comme orateur, il possédait des dons naturels propres à lui assurer, dans n'importe quelle assemblée, d'incontestables succès, et partout où s'élevait sa voix chaude et vibrante, on se taisait pour écouter. Ce fut, dans toute l'acception du terme, le *vir bonus, dicendi peritus*.

LES TOXICOMANIES

Considérations psychologiques et thérapeutiques (1)

PAR

O.-L. FOREL

Prangins près Nyon (Suisse)

SOMMAIRE :

I. Introduction.

- A. Remarques cliniques, physiologiques et chimiques.
- B. Dispositions morphologiques et constitutionnelles.
- C. Les causes acquises, le déterminisme psychogène.

II. Psychologie des toxicomanes et de l'intoxication.

III. Quelques exemples.

IV. Thérapeutique.

I. Introduction

Parmi les formes de l'intoxication et parmi les agents qui la provoquent, nous citons les plus courants ; pareille énumération succincte ne peut avoir qu'une valeur didactique, le classement des agents toxiques n'ayant pu être établi, faute de spécificité.

1. Les excitants : par ex. la caféine, la strychnine. Ces toxiques ne provoquent pas de troubles mentaux. Ils augmentent transitoirement le rendement des centres nerveux.

2. Les sédatifs : par ex. les bromures. Ces calmants diminuent l'excitabilité nerveuse sans provoquer de troubles mentaux.

3. Les hypnotiques : par ex. le Véronal et tous les dérivés de la série barbiturique. L'action sédatrice est déjà si marquée, que l'individu en ressent un effet immédiat. De ce fait, nous observons du véronalisme (barbituromanie), qui doit, dans bien des cas, être assimilé aux toxicomanies proprement dites. Cela d'autant plus que certains caféinomanes combattent par ce moyen le

(1) Rapport présenté à la Société Suisse de Psychiatrie le 30 août 1931.

symptôme gênant de l'agrypnie. C'est alors le cercle vicieux par excellence. Les « barbituromanes » passent facilement pour alcooliques ou paralytiques généraux à cause de leur démarche, des troubles du langage et de l'écriture ; tel le médecin traité par *Herschmann* (1) qui n'avoua son véronalisme qu'au moment où il allait être mis sous tutelle pour... paralysie générale.

Les doses habituelles varient entre 2-4 gr. *pro die*. L'importance médico-légale du Véronal s'accroît de nos jours en raison du nombre des suicides provoqués par ce médicament. La mort survient à la suite d'une dose d'environ 10 gr. Mentionnons, pour mémoire, les dérivés très prisés du public, tels le Luminal, le Médinal, le Somnifène, le Curral, le Proponal, de même que de savantes combinaisons, tels le Véramon, l'Allonal, et tant d'autres dont la liste s'allonge chaque année.

4. Les narcotiques : éther, chloroforme, gaz hilarant. Le stade d'excitation qui précède la narcose est recherché par certains toxicomanes, faute de mieux (lorsque la drogue à laquelle ils se sont adonnés leur vient à manquer), par snobisme, curiosité, vice. La proportion des éthéromanes purs est faible.

5. Les stupéfiants proprement dits : l'opium et ses alcaloïdes dont le principal, la morphine, fait partie d'une foule de préparations et de spécialités coûteuses. Parmi les autres stupéfiants les plus répandus, signalons la Cocaïne, le Haschisch, l'Héroïne, l'Eucodal, etc.

6. L'alcool : mérite une place à part, parce qu'il n'est pas seulement un excitant, sédatif et hypnotique à ses heures, hilarant et stupéfiant, mais parce qu'il est consommé, dans nos pays du moins, d'une façon courante, aux repas et en dehors des repas.

Les aspects de la pathologie mentale de l'intoxication sont : l'excitation et la paralysie, l'euphorie et la dépression affectives, l'ivresse simple et l'ivresse dite pathologique, l'état de besoin, les nombreuses formes de l'intoxication chronique larvée ou apparente, le délire de la jalousie toxique, les hallucinations alcooliques et autres, le *delirium tremens*, le syndrome de Korsakoff, l'épilepsie éthylique, la dipsomanie, et finalement toutes les toxico-psychoses démentiellles.

A. REMARQUES CLINIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET CHIMIQUES

Les réactions individuelles aux toxiques sont très variables.

On désigne par *accoutumance* le fait que l'organisme s'immunise en quelque sorte contre l'action nocive quotidienne. De ce fait, l'individu a recours à des doses croissantes ; car, pour obte-

nir le degré d'intoxication qu'il recherche, il doit dépasser la dose contre laquelle son organisme s'est immunisé.

La tolérance et l'intolérance aux toxiques varient non seulement d'un individu à l'autre, mais aussi, selon les circonstances, chez la même personne. Elles dépendent notamment de l'état affectif au moment de l'absorption des toxiques, du degré de fatigue, du degré de chronicité et de la durée de l'intoxication et, bien entendu, de l'état physique du sujet. Enfin, elles dépendent de toutes les dispositions neuropathologiques constitutionnelles, surtout épileptiques, schizophréniques, hystériques ; les traumatismes cérébraux, les maladies antérieures et bien d'autres facteurs doivent être pris en considération. Naturellement, la disposition ne doit pas être confondue avec l'intolérance constitutionnelle (Bleuler) (2). A jeun, après une grosse fatigue, sous l'influence de la chaleur ou du froid, au moment d'une forte émotion p. ex., l'intolérance peut atteindre un point où l'individu présentera les symptômes les plus graves à la suite de faibles doses. *Il n'existe donc pas de rapport constant, chez un sujet donné, entre la quantité de toxique absorbée et les effets obtenus.* Cependant, l'intolérance augmentera, dans la règle, avec la chronicité de l'intoxication, les moyens de défense organique diminuant à mesure que l'organisme se débilite dans son ensemble.

Les fameux symptômes d'abstinence constituent un phénomène très particulier, surtout apparent chez les morphinomanes. Il semble, dans ces cas, que l'organisme a établi un *équilibre humoral secondaire*, dont on ne peut le délivrer brusquement sans danger sérieux. Cette espèce de « *symbiose toxique* » secondaire n'est pas encore scientifiquement étudiée. Le fait clinique est cependant très net : la suppression immédiate de l'alcool ne produit pas de symptômes d'abstinence, alors que le sevrage de la morphine, et déjà la plus légère diminution de la dose, entraîne à sa suite tous les douloureux malaises si redoutés des morphinomanes. Joël (3) insiste sur le fait que le morphinomane avancé ne se pique plus pour jouir, mais pour échapper aux tortures de l'abstinence, alors que le cocaïnomane peut être sevré d'un coup. Nous devons admettre que la morphine modifie l'équilibre bio-chimique d'une autre manière que les autres toxiques.

Le phénomène de saturation n'est pas encore suffisamment éclairci. Il semble que dans certains cas d'intoxication extrême, de nouvelles doses de toxiques n'augmentent plus les effets, soit que les cellules imprégnées ne les absorbent plus, soit que l'organisme cesse de réagir à l'égard de la toxine, du moins sous sa forme diluée, la drogue l'ayant insensibilisé.

La limite entre les *troubles fonctionnels*, transitoires et, par conséquent, *réversibles*, et les *lésions organiques* proprement dites, *définitives*, par suite de destruction partielle ou totale de cellules nerveuses, est impossible à établir autant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. Pourtant, les cas extrêmes illustrent cette différence importante. Autant nous savons que l'organisme se remet en quelques jours d'une ivresse, même grave, autant nous constatons l'incurabilité des alcooliques chroniques, lorsqu'ils ont dépassé une certaine limite au delà de laquelle il n'y a plus de retour possible.

Les substitutifs. On a tenté de diverses manières de substituer les drogues les unes aux autres dans l'espoir d'en supprimer la tyrannie. Ainsi on a changé des alcooliques en toxicomanes et vice-versa. *Heuyer* et *Le Guillant* (4) décrivent la *toxicomanie parégorique* (l'élixir parégorique est la combinaison d'alcool avec l'opium !), la barbituromanie, la somnifénomanie et ils assimilent avec raison ces cas aux toxicomanies. Ils nous rendent attentifs à la consommation considérable de dérivés barbituriques. S'il est vrai que ne devient pas toxicomane qui veut, il est cependant certain que des milliers de personnes qui auraient passé à côté de l'intoxication par les stupéfiants, sont devenues les victimes des dérivés barbituriques. Les toxicomanies pures, sont aujourd'hui souvent « panachées » par les barbituriques. La frénésie de se créer des paradis artificiels s'étend de plus en plus. Enfin *Serejsky* (5) publie deux cas de thyroïdinomanie, dépourvus cependant de troubles psychiques. v. *Stockert* (6), cite un cas de saccharomanie où le malade s'est comporté comme un dipsomane ; mais au lieu de se rendre au cabaret, il allait d'une confiserie à l'autre pendant ses jours de congé, même pendant la guerre où, en Allemagne, les pièces de pâtisserie n'avaient plus rien d'alléchant. Peut-on assimiler ces cas aux toxicomanies ? Nous ne le pensons pas. Il ne s'agit plus de toxiques, au sens clinique du mot ; nous nous trouvons là peut-être en présence de phénomènes obsessionnels, ou de « *Symbolhandlungen* » que nous pourrions comparer aux « envies » des femmes enceintes qui se prennent de passion pour tel ou tel autre aliment, souvent bizarrement choisi. Il est probable que les modifications que subit le système nerveux para-sympathique, par ex. au cours de la grossesse, conditionnent en partie ces phénomènes.

Lorsque la Cocaïne est apparue, et avant qu'elle ne figurât sur la liste des stupéfiants réglementés, nombre de morphinomanes sont devenus cocaïnomanes et, plus encore, ont abusé des deux stupéfiants combinés. Je cite pour mémoire l'Eumécon si vanté

dans nos périodiques, et qui contient 2 0/0 de morphine, l'Eucodal qui n'est pas un dérivé de la morphine, mais qui est, biologiquement, un opiacé. Comme il ne figure pas encore sur toutes les listes des alcaloïdes proscrits, les pharmaciens le recommandent volontiers. Or, les eucodalistes que j'ai eu l'occasion de soigner, m'ont affirmé que l'action était encore plus stupéfiante que celle de la morphine et de la cocaïne dont ils avaient abusé auparavant. Les mêmes remarques s'appliquent aux autres substitutifs, tels le Dicodid, le Dilaudid. On a vanté la Novocaïne, l'Atoxicaïne, la Tutocaïne, et surtout la Psicaïne (*Willstätter* (7) en 1924 déjà), pour combattre la cocaïne ; je n'ai pas d'expérience personnelle à ce sujet. Les auteurs américains (3) vantent le Narcosan qui est une solution de lipoïdes, de substances protéiniques et de vitamines solubles, sans alcaloïdes. *Bonhoeffer* (8) a constaté une forte diminution de la cocaïnomanie pour l'année 1925. Le morphinisme, par contre, a augmenté en Prusse 2 fois 1/2 de 1913 à 1922. De 3.500 cas de toxicomanes observés, 7 0/0 ont employé plus de 1 gr. de morphine par jour ; l'abus de petites doses (jusqu'à 0 gr. 2 par jour) est le plus fréquent et constitue le 37 0/0 de tous les cas (*Pohlisch*) (8).

Parmi les adjuvants pouvant rendre des services pendant une cure de désintoxication, nous citerons avant tout le Luminal, le Dial, la Scopolamine, la Choline (antagoniste de l'Atropine) qui donnent de bons résultats pendant quelques heures. Le Somnifène, souvent employé, nécessite une surveillance ininterrompue des fonctions rénales et pulmonaires. Les récents travaux sur l'emploi de l'Insuline sont très encourageants. Nos propres expériences portant sur une douzaine de cas, ne nous permettent pas encore d'émettre un avis.

Le problème de la spécificité des toxiques est des plus délicat, en raison des réactions individuelles si marquées. *Kräpelin* (9) est partisan de la spécificité. Tel toxique, tels symptômes ? Sous cette forme absolue, la formule ne résiste pas à l'examen. Toutefois, la *Santonine* suscite les hallucinations visuelles bien connues avec prédominance de la couleur jaune. L'*Opium* et le Haschisch engendrent chez la plupart des gens les mirages voluptueux bien connus, d'ailleurs analogues à ceux consécutifs à l'intoxication par le *protoxyde d'Azote*. L'*Atropine* engendre des troubles graves de la perception, des cénesthésies cutanées pénibles, des hallucinations visuelles, de la confusion mentale, de l'agitation motrice et des angoisses, des cris, des gestes de défense et des agressions. La *Scopolamine* provoque au bout de quelques secondes déjà une sensation d'obnubilation grave, de vertige effrayant avec

des hallucinations visuelles, s'accompagnant, surtout chez les déprimés, d'angoisses précordiales, de tachycardie, de vertiges pénibles, de parésies motrices, d'anarthrie, de dessèchement complet des muqueuses. Parfois, pâleur extrême, pouls rapide, et collapsus. Mais combien est différente l'action de la Scopolamine sur un grand agité qui supporte 3 et 6 fois la dose maxima, alors que chez les anxieux, les schizothymes, la répercussion sur le vago-sympathique est si forte qu'il est alors prudent de renoncer à ce précieux hypnotique, en particulier chez tous les mélancoliques agités et débilités.

Dans l'intoxication par l'*oxyde de carbone*, nous avons, au réveil de la phase plus ou moins longue de perte de connaissance, une réaction d'euphorie avec état crépusculaire et amnésie, puis des paresthésies, des paralysies, du tremblement, de l'atrophie musculaire, des troubles de la miction. Et, après une rémission de plusieurs jours, voire de semaines, qui trompe les non-prévenus, les phénomènes secondaires, si redoutés à juste titre, apparaissent, graves sinon mortels, comme, par exemple, dans l'intoxication par le sublimé. Je ne sais plus quel auteur a comparé ces états d'intoxication à un alcoolisme chronique abrégé et corsé.

Soulignons maintenant que les symptômes métatoxiques ou secondaires caractérisent le Korsakoff, le delirium tremens, le saturnisme, mais aussi la paralysie générale. *Bonhoeffer* (9) a démontré le danger d'une distinction purement clinique et symptomatologique et non étiologique entre l'ivresse pathologique, le delirium tremens, le Korsakoff, l'hallucinose, l'épilepsie alcoolique, les syndromes toxiques spinaux et cérébraux, comme les névrites et la polyo-encéphalite hémorragique supérieure de *Wernicke*. Cette distinction est pratique et va pour les cas légers, mais dans les cas avancés, l'analogie avec les intoxications par le plomb, l'ergotine, etc., devient nette. Il n'y a guère que l'hallucinose chronique alcoolique qui est frappante, mais elle peut s'expliquer par des conditions psychologiques prémorbides (dispositions mentales constitutionnelles). La délimitation est impossible à établir vis-à-vis de l'urémie, pour ne citer que cet exemple d'auto-intoxication : nausées, céphalées, vomissements, lassitude, lourdeur, aboulie, paresse, angoisses, dépressions, irritabilité, insomnie ou sommeil agité, pavor nocturnus, délire, hallucinations, méfiance, idées de persécution. Jusqu'ici, c'est le syndrome d'abstinence de toute toxico-psychose. Teint plombé, paralysies, hémiplégie, crises épileptiformes, rétinite albuminurique, hémianopsie, tels seront les symptômes révélateurs de

lésions organiques ultérieures. La première phase est analogue à l'intoxication alcoolique. La deuxième phase ressemble à l'éclampsie, et l'amnésie de fixation, si caractéristique des paralysies organiques, indique la gravité de la lésion. Mentionnons encore les psychoses du coma cancéreux, de l'atrophie jaune aiguë du foie, et nous aurons un groupe apparemment homogène d'auto-intoxications. Or, le *delirium tremens* se présente d'une manière analogue ; *faut-il en conclure qu'il est secondaire à une auto-intoxication ?* L'alcoolisme aigu est caractérisé par le ralentissement et par la diminution de l'assimilation de perceptions ; il y a aussi augmentation des impulsions motrices, plus tard parésie de la volonté. A l'hyperacuité initiale succède une diminution de l'acuité sensorielle, et des troubles de la fonction mnésique se présentent. Les jugements sont affaiblis, les associations d'idées superficielles (assonances, rimes, citations de lieux communs) ; donc une espèce de fuite des idées, analogue à celle de la manie. Il y a distraction exagérée, diminution de l'esprit de suite, de la concentration et de la volition. Nous constatons enfin des troubles de la coordination et une diminution de la force après une légère augmentation initiale ; les inhibitions qui dirigent notre activité étant parésiées, il s'ensuit un état qui modifie tout notre psychisme et réduit ses qualités, telles que : réserve, pudeur, réflexion, discrétion, prudence, tact. L'intoxiqué affiche du sans-gêne, un besoin de se faire remarquer, de la vantardise, de la gaité bruyante et vulgaire, de l'oubli des soucis ; il devient trivial, pornographe, érotique, susceptible, irritable, violent, impulsif, brutal. Nous observons de la fatigabilité, de la diminution du rendement intellectuel, de la baisse de la mémoire, de la confabulation ; la crainte de l'effort et préférence de la routine, des chemins battus. Enfin, il y a diminution de l'activité créatrice, du jugement, de la critique ; le sujet a vaguement conscience de sa déchéance intellectuelle et morale, d'où découle le sentiment d'infériorité, la tendance à l'interprétation, la méfiance, la suspicion, la vantardise compensatrice, la moquerie.

Arrêtons là une énumération que nous retrouvons dans les traités classiques. Elle décrit des symptômes secondaires sans toucher au fond du problème. Or, à notre avis, les toxicomanes sont tous et avant tout des thymosés. J'ai proposé de nommer **thymoses** les « *Affekt-et Konfliktsneurosen* » des auteurs allemands, afin de pouvoir réserver le nom de *névrosé* (de *neuron*) aux troubles qui relèvent davantage des dysfonctions vago-sympathiques, para-sympathiques, végétatives, plus ou moins psycho-

pathes, c'est-à-dire atteints dans leur constitution. Ils sont tous des malheureux, des instables et des déséquilibrés émotifs. Ils ne parviennent pas à réaliser leurs instincts, ni à résoudre le problème fondamental de la vie : *la réalisation du moi en fonction de la collectivité*. « Ils ont tous manqué leur vie, dit Kiewiet de Jonge, d'où le conflit tragique qui pousse le toxicomane à « noyer » ses impulsions ou alors à réaliser dans ses rêves les relations incestueuses avec les personnes de sa famille avec lesquelles il est irrémédiablement lié. Comme tous les thymosés, les toxicomanes sont lâches devant la réalité. L'analyse psychologique terminée, il faut les réadapter à la réalité, les rééduquer au sens propre du mot. » L'erreur fondamentale consiste à juger un toxicomane d'après le tableau mental qu'il présente lorsqu'il est intoxiqué ; or, c'est la thymose qui est primaire, c'est elle qui engendre les excès. Autrement dit, un toxicomane guéri de sa thymose n'est plus toxicomane, alors que, simplement sevré, il reste candidat à la rechute ; à lui s'applique le proverbe : « Qui a bu boira. »

Chez les toxicomanes chroniques, les symptômes aigus, mentaux et organiques s'installent d'une manière plus ou moins définitive. C'est alors la déchéance morale, mentale et physique. Notons parmi les symptômes organiques : tachycardie, pression sanguine diminuée, parésie des vaso-constricteurs, cyanose de la face, augmentation des réflexes, catarrhe de l'estomac, les cirrhoses et les néphrites alcooliques, les modifications de la formule sanguine, dilatation du cœur, tremblements des doigts et de la langue, troubles de la coordination, Romberg, atrophies musculaires, points douloureux, névrites, hyperesthésies, analgésies, paresthésies, hypalgésies, légère hémiparésie faciale, troubles du langage articulé, névrite optique alcoolique (pâleur de la demi-temporale de la pupille). Attaques ou crises épileptiformes. Nous arrivons insensiblement au *delirium tremens* que nous nous dispensons de décrire ici. Il est certainement métalcoolique, c'est-à-dire bien plutôt une auto-intoxication secondaire (foie, reins ; selon Bonhoeffer (9), il s'agirait des conséquences de la non-élimination des toxines par les alvéoles pulmonaires). Ce serait donc un phénomène analogue à celui de l'urémie, par exemple. La conscience de soi est en général bonne. La sphère affective est un mélange de tristesse et d'humour un peu forcé, aigre-doux, avec tendance à l'interprétation et à la *captatio benevolentiae*, de sorte que le pilier de cabaret débonnaire est en réalité souvent anxieux et dépendant de la présence des autres. Sa prétendue félicité et sa béatitude sont bien souvent des plus inconfortables.

L'alcoolique chronique fait encore ses affaires, mais il n'est pas à son aise, inquiet, nerveux, irritable, fuyant, souvent agoraphobe inavoué et poltron ; ami par politique, par peur, par calcul bien plus que par altruisme.

On ne peut s'empêcher de rapprocher certains symptômes des toxico-psychoses de ceux de la paralysie générale. Ce n'est que l'évolution qui les en distinguera par la suite. On désigne ces états de « pseudo-paralysie générale ». De toutes façons, les toxico-psychoses manifestes doivent être jointes au groupe des psychoses organiques. Dans les névrites, les lésions anatomiques sont connues. Dans l'alcoolisme, l'ergotisme, les psychoses pella-greuses, le saturnisme, on constate une fonte des gaines de myéline et d'une partie des fibrilles nerveuses, des atrophies, des proliférations du tissu interstitiel, épaissement des méninges, hémorragies punctiformes. Les fameuses modifications des parois artérielles (artériosclérose) ne manquent jamais dans le saturnisme et dans l'alcoolisme prononcé, mais bien dans le morphinisme et dans l'ergotisme.

Schröder (10) combat la notion de la *spécificité des toxiques*, et dit que les toxico-psychoses dues au plomb, à l'ergotine, à l'alcool, à l'éther, au chloroforme sont identiques. L'alcool et la morphine permettent une accoutumance considérable, jusqu'à des doses plusieurs fois mortelles, alors que les intoxiqués chroniques par le haschisch n'absorbent plus que des doses relativement faibles. Mais il y a lieu de remarquer à ce propos que bien des alcooliques deviennent également intolérants, et qu'une petite dose les stupéfie. Ils sont alors sensibilisés. Il en est de même des barbituromanes. Mieux que cela, nous avons des toxicomanes chroniques faisant des réactions mentales analogues, simplement par suite de fortes émotions ou contrariétés. On les accuse de s'être enivrés, alors qu'ils subissent probablement l'action d'une auto-intoxication affective. Cette constatation nous étonne moins, lorsque nous songeons aux cas si connus d'ivresse pathologique chez des soldats exténués, mal nourris ou profondément révoltés contre leurs supérieurs hiérarchiques. Là, nous savons qu'une petite dose d'alcool provoque des explosions, des confusions mentales suraiguës, que *Ziehen* (2) compte non sans raison parmi les états crépusculaires.

Il est même permis de pousser ces remarques jusqu'à leur limite extrême, en disant que dans certaines toxico-psychoses, le toxique n'a été qu'une des causes fortuites du déclenchement de la psychose, cause la plus apparente, mais la moins importante. Dans ce cas, le *post ergo propter hoc* perd tous ses droits. Le seul

poison qui, malgré son élimination rapide, fait des ravages progressifs et délétères, est l'oxyde de carbone, probablement à cause de l'artériosclérose cérébrale qu'il provoque par les modifications de l'endothélium des artères.

D'après O. Wuth (11), le morphinisme provoque des troubles vago-sympathiques : hypothyroïdisme dans la période ascendante, hyperthyroïdisme dans la période de sevrage ; et il cite *Levinstein* : « La morphine provoque les symptômes qu'elle combat. » Cela explique la progression. Le degré des troubles, dans l'état de besoin, dépend plus de la constitution vago-sympathique du sujet que de la quantité de toxique absorbée. Wuth recommande, par conséquent, les antipyrétiques, la choline, l'insuline.

Dès 1923, O. Wuth a clairement décrit la symptomatologie des trois phases : 1^{re} période, d'intoxication progressive : peau sèche, livide, flasque, fanée ; pouls lent, petit ; myosis ; constipation ; hypochlorhydrie du suc gastrique ; diminution de la quantité d'urine ; bradypnée ; diminution de l'excitation sexuelle, troubles de la menstruation ; ralentissement des fonctions intellectuelles et de l'initiative, dépression ou euphorie. 2^e période, d'abstinence : peau humide, chaude, sudation, tachycardie, diarrhée, hyperchlorhydrie, vomissements, hypersalivation, polyurie, éternuements, bâillements, etc. 3^e période, de convalescence : boulimie, excitation sexuelle. Wuth recommande d'essayer dans tous les cas de diminuer le tonus végétatif par des antipyrétiques (antipyrine, phénacétine, pyramidon, les salicylates et les produits combinés, tels que le véramon, le dial, sans oublier la quinine). Il s'agit donc avant tout d'établir si c'est la vagotonie qui domine ou la sympathicotonie ; puis vient l'essentiel : la *psychothérapie individuelle*, après recherche minutieuse des causes psychologiques des abus, thérapeutique par excellence, qui doit s'étendre sur un espace de longs mois.

De nos jours où l'on reconnaît de plus en plus la participation des glandes à sécrétion interne et même de tout l'organisme aux fonctions mentales, il y a lieu de modifier nos anciennes conceptions et de dire que la toxico-psychose est une affection qui intéresse tout l'organisme. Les effets de l'intoxication sont à rechercher dans tous les organes, même lorsqu'il semble que seul le système nerveux central ait réagi. Les troubles gastriques, intestinaux, les dégénérescences hépatiques, rénales, celles des artères et du myocarde, les névrites périphériques et centrales, les modifications humorales, etc., doivent être considérés comme secondaires, faisant partie intégrale du syndrome. C'est ainsi seule-

ment que nous arriverons peu à peu à embrasser les problèmes dans toute leur complexité et leur interdépendance somato-psychique.

B. DISPOSITIONS MORPHOLOGIQUES ET CONSTITUTIONNELLES

Ne devient pas alcoolique ou morphinomane qui veut, avon-nous dit plus haut, de même que seuls quelques syphilitiques sur cent deviennent paralytiques généraux. Nous devons donc admettre une certaine prédisposition et une affinité neurotrope. Toutefois, on peut dire que plus la drogue est sans rapport avec les mœurs et les coutumes, plus les toxicomanes qui en deviennent les victimes sont des psychopathes, c'est-à-dire des prédisposés constitutionnels.

Kretschmer (12), dans « *Körperbau und Charakter* », a établi les relations entre la constitution et l'alcoolisme. Grâce à ses conceptions morphologiques, nous comprenons aujourd'hui que ce sont les types pykniques qui constituent le groupe des buveurs bons vivants et confortables.

Il semble, d'une façon générale, que les types schizoïdes présentent moins de disposition à la toxicomanie. Ce sont les tempéraments schizoïdes chez lesquels l'alcool accentue le caractère irritable, misanthrope, autiste, violent, antisocial. A l'appui de cette thèse s'ajoute le fait que le 10 0/0 des alcooliques sont des schizophrènes manifestes. Le type pyknique, au contraire, prédispose à l'intoxication, avant tout, par l'alcool. Il est important, dès lors, de corriger la conception généralement admise du profane, selon laquelle les boissons alcooliques rendent sociable et jovial. Ce sont, au contraire, les individus sociables et joviaux, de constitution pyknique, qui boivent. Depuis les travaux de *Kretschmer* sur la constitution et les types morphologiques, la notion de la destinée générale de l'être humain pénètre dans le domaine de l'investigation scientifique. Les autres éléments du problème si complexe, l'influence du milieu, la séduction, les mœurs, les conflits psychologiques, la profession, etc., n'ont point perdu de leur valeur, mais la notion du terrain prédisposant a beaucoup gagné en clarté.

Ce sont les psychopathes, c'est-à-dire la catégorie des anormaux mentaux constitutionnels qui ne sont ni débiles ni atteints de troubles mentaux acquis, dont les réactions à l'égard des toxiques sont les plus imprévisibles et contradictoires. Tout au plus, peut-on dire que ceux d'entre eux qui se rapprochent de la constitution schizoïde sont plus réfractaires que les autres. Il en

va de même des névrosés ou *thymosés*. Les uns succombent dès la première expérience, parce que la drogue paralyse leurs inhibitions, leurs phobies, leurs remords, leurs souffrances morales, alors que d'autres, de beaucoup plus nombreux, présentent une véritable idiosyncrasie à l'égard des drogues. Ils sont trop crispés, trop raidis dans le corset de leur *thymose*, prisonniers de leur personnalité acquise, et trop dépendants de cette espèce de chrysalide pour supporter l'effondrement de cet échafaudage que produit la drogue ; leur enlever cet appareillage inhibiteur enchevêtré, c'est les priver de leurs béquilles indispensables. Nous aurons encore l'occasion de revenir sur ces questions, les plus compliquées de tout le problème.

Certes, la constitution et l'hérédité des toxicomanes constituent la base du problème. Mais pour entrer dans ces détails, il faut examiner la toxicomanie chez les divers malades que nous sommes accoutumés d'étiqueter : amoraux, débiles, instables, antisociaux, dépressifs, cyclothymes, schizothymes, épileptoïdes, thymosés sexuels de tout genre, dégénérés, génies et artistes, fantasques, et tant d'autres types qui se rangent en marge de la norme. Avec *Binswanger* (13), nous distinguerons les facteurs suivants qui viennent s'ajouter à la base héréditaire et constitutionnelle :

a) **Les causes endogènes** : les phases plus ou moins manifestes d'hypomanie chez les cyclothymes, les états crépusculaires chez les dipsomanes vrais et chez les épileptiques larvés, et tant d'autres manifestations psychopathologiques, particulièrement bien décrites par *Bleuler* (2), *Kræpelin* (10), *Bonhœffer* et *Dupré* (14). Viennent ensuite les phases ou tendances psycho-physiques dépressives, hypomaniaques, schizoïdes, épileptoïdes, impulsions ou poussées obsédantes, sexuelles, accès d'angoisse, de doute ; états crépusculaires ; modifications endogènes et endocriniennes dues à la puberté, à la ménopause, à la sénilité, à la grossesse, etc...

b) **Les causes exogènes** : 1. *Physiques*, telles que traumatismes, craniens avant tout ; états d'épuisement, maladies infectieuses, résidus de maladies de l'enfance (encéphalite ou méningite, par exemple), influence des saisons. 2. *Conflits et traumatismes émotifs* : perte de parents, chagrins d'amour (difficultés professionnelles, humiliations ; mais également des joies inattendues) ; des soucis latents ou chroniques, tels que des conflits conjugaux, les conséquences néfastes d'une fausse orientation professionnelle, l'influence paralysante d'un père tyrannique, la

solitude morale, et surtout l'influence nocive d'un milieu défavorable, etc.

Le mélange quantitatif de ces causes si nombreuses varie considérablement. Entre ceux qui, dès la jeunesse, sont attirés par la débauche et qui n'ont, comme dit *Bleuler* (2), « aucune raison de ne pas boire », et ceux qui ne succombent qu'à la suite de circonstances spécialement défavorables, il y a toute la gamme intermédiaire.

Les toxicomanes constitutionnels réagissent en quelque sorte biologiquement ; le penchant, le vice en eux, est « égonormal » (15). Les autres sont toxicomanes accidentellement, et c'est à eux que s'applique l'analyse psychologique (la recherche des motifs réels quoique inconscients le plus souvent) et, partant, la psychothérapie causale. Je me joins à l'avis de *Binswanger* (13) qui nous met en garde contre le danger qui consiste à classer trop hâtivement les toxicomanes dans l'une ou l'autre des catégories (bio-constitutionnels et acquis), et qui combat les auteurs à théories trop étroites. Nous avons toujours insisté sur l'erreur dogmatique qui va à la recherche d'une relation simple de cause à effet. Tout phénomène psychologique est déterminé, mais il met à contribution l'ensemble du psychisme. Les mille et une fonctions psychiques participent à la moindre réaction, et toute réaction agit en retour sur l'ensemble. Celui qui oublie cette notion élémentaire fait du laboratoire et non de la psychologie...

Binswanger souligne le symptôme sur lequel *v. Stockert* (6) attire notre attention, et qui réside dans l'espèce de loi d'inertie de l'alcoolique et du toxicomane qui, une fois assis au cabaret, ne peuvent plus cesser de boire. Par analogie avec la « persévération » de l'épileptique qui ne change pas de tonus affectif ni de sujet de conversation comme nous le voudrions, je propose d'appeler ce phénomène : « la persévération dipsomaniaque » et, par extension, la « persévération toxicomaniaque ». Pourquoi, devons-nous nous demander, le vrai dipsomane s'arrête-t-il brusquement un beau jour dans sa beuverie insensée, comme il l'a commencée, sans rime ni raison apparente ? La cause de cet arrêt est inconnue, peut-être endogène. Il est possible aussi que la cessation comme l'impulsion soient en majeure partie psychogènes. Pour étayer pareille hypothèse, il suffit de mettre en parallèle l'excitation et la saturation dipsomaniaques avec l'excitation et la saturation sexuelles. Si notre dipsomane boit pour satisfaire ses impulsions parasexuelles qu'il ne peut pas extérioriser normalement, il est naturel qu'il cesse un beau jour de se

saoûler, tout comme on se lasse (à la longue) d'une femme jadis désirée. Et alors, il n'y a pas besoin d'invoquer des causes endogènes et humorales pour comprendre la bipolarité de ses actions et réactions. C'est pour la même raison ou absence de raison que nos humeurs changent, — modification humorale hypothétique, suivant laquelle un équilibre rompu se rétablit, — le fait est là. Ce que nous savons, c'est qu'un changement se produit et que le toxicomane, au lieu d'agir, de chercher à sortir d'une impasse, de vaincre une difficulté, demande à la drogue de le dispenser de l'effort, de l'action, de lui procurer les paradis artificiels. Comme nous persévérons dans l'action reconnue utile et saine, par intérêt pur, le toxicomane persévère dans l'ivresse par peur de la réalité synonyme de misère.

C. LES CAUSES ACQUISES

En plus de la prédisposition constitutionnelle, nous avons à envisager un grand nombre de causes secondaires, facultatives, occasionnelles, dont il est difficile d'évaluer l'importance. Chacun de nous a été, par exemple, triste ou entraîné par des camarades, découragé, souffrant, sans pour cela devenir toxicomane. Toutefois, en plus des causes physiques acquises, telles que l'affaiblissement par suite de maladie, souffrances physiques (cancer, calculs, tumeurs, névralgies, névrites), nous devons délimiter avec soin le facteur psychogène qui joue un rôle décisif dans l'immense majorité des cas, surtout d'éthylisme.

Le terrain prédisposant est là, soit, mais la suite va dépendre de la manière dont ce terrain va êtreensemencé. L'éducation première, l'exemple des parents, la séduction par le milieu, l'influence des mœurs et coutumes, les difficultés personnelles, sentimentales et professionnelles, — tout s'enchevêtre et complique à l'infini le problème du déterminisme psychologique de la toxicomanie. La crise pubère, les conflits moraux chez les timides, les douteurs, les anxieux, les poltrons, les égoïstes et les jouisseurs, les complexus sexuels chez les impuissants, les onanistes, les homosexuels, les exhibitionnistes, les fétichistes, les sado-masochistes, les hypocondriaques, les déprimés, — autant de tendances secondairement développées ou exaltées au cours de la vie, qui constituent la réponse de l'individu prédisposé à l'action du milieu ambiant. La seule preuve que nous puissions invoquer pour affirmer que des causes semblables peuvent déterminer les toxicomanies, c'est que *la psychothérapie guérit les toxicomanes thymosés*.

Comment expliquer le rôle des boissons dans nos mœurs ? Le

déterminisme psychologique de l'alcoolisme, disons-nous, est le même que celui de la toxicomanie. C'est toujours la recherche de l'ivresse, de l'euphorie, de l'oubli, la fuite devant la réalité, la suppression du désagréable qu'on remplace par des illusions, les paradis artificiels. C'est aussi une manière de dépenser sans effort l'énergie psychique inhérente aux fonctions du cerveau.

Ce n'est pas sans raison que le terme « faire la noce » s'applique indifféremment aux abus d'alcool et aux orgies sexuelles. Le rapport entre les tendances irréalisées de la vie sexuelle et l'abus des drogues est même très intime. Ainsi, l'alcool est souvent un substitutif sexuel ; il rend la femme facultative. Que d'hommes boivent pour noyer leurs chagrins d'amour, leur ressentiment ou leur fiasco à l'égard des femmes, leur impuissance. Et si les hommes boivent plus que les femmes, cela tient en partie au caractère de leur libido supposée expansive et active, en opposition avec la libido apparemment passive des femmes. Beaucoup d'hommes apparemment normaux et sains (en réalité, il y a *toujours* un défaut de la cuirasse, inavoué ou inconnu de l'individu lui-même) boivent trop, alors que les femmes alcooliques sont presque toujours des psychopathes (constitutionnelles).

Si, comme nous l'avons vu, le rôle de la constitution est important, celui des mœurs et des coutumes ne l'est pas moins. Citons, à titre d'exemple, le fait concluant des statistiques allemandes indiquant 8 femmes pour 100 hommes alcooliques, alors qu'en Angleterre la statistique mentionne 42 femmes pour 100 hommes (d'après V. Stockert).

H. W. Maier (16), tout en reconnaissant qu'il y a une forte proportion de psychopathes constitutionnels parmi les toxicomanes, insiste, dans sa monographie, sur le nombre de jeunes gens normaux qui ont, au cours d'une période de découragement, succombé aux tentations du cocaïnisme. D'autre part, dit Maier, la proportion des thymosés est très forte dans le monde des intellectuels et des artistes. Or, comme il y a parmi eux bon nombre de gens de valeur, Maier se déclare partisan convaincu des mesures thérapeutiques et prophylactiques. Nous-mêmes, après avoir examiné attentivement les catamnèses lointaines de 53 de nos toxicomanes, ne partageons pas le fatalisme de la majorité du corps médical, qui considère volontiers et d'emblée les toxicomanes et les alcooliques comme des psychopathes auxquels il n'y a pas lieu de tant s'intéresser. Que dirait-on du phthisiologue qui se désintéresserait des cas de phthisie galopante ? Nous dirons même que le mépris et l'aversion, affichés à l'égard de ces malheureux, qui se recrutent avant tout dans les milieux

médicaux, n'a aucune base scientifique. *Bleuler* nous a, le premier, montré qu'on guérit un grand nombre de schizophrénies jadis abandonnées à leur incurabilité présumée ; *Wagner von Jauregg* a fait de même à l'égard de la maladie passant jadis pour la plus impitoyable, la paralysie générale. Il appartient à notre génération de combattre un préjugé aussi injuste que néfaste, et de s'attaquer résolument aux problèmes thérapeutiques et prophylactiques de la toxicomanie, de l'une des plaies les plus graves de la race humaine.

Mais passons maintenant aux problèmes plus spéciaux de la psychologie de l'intoxication. Nous nous excusons d'avance d'y faire entrer des considérations sociales, mais les tendances de la psychiatrie moderne nous y autorisent, fort heureusement.



II. Psychologie de l'intoxication

Nous trouvons des points de départ psychologiques qui ne se rapportent que peu ou pas du tout à l'intoxication, et qui paraissent liés à la personnalité même du toxicomane. C'est la « persévérance toxicomaniaque » (voir introduction), p. ex., qui caractérise le toxicomane quel qu'il soit. L'alcoolique va au cabaret, non seulement pour boire, mais aussi pour inviter d'autres à boire avec lui, afin d'être fêté, vanté et honoré par des complices qui soulagent par leur nombre les sourds remords de conscience. *v. Stockert* (6) signale que chez le même individu l'alcool, absorbé dans une disposition d'esprit favorable, euphorise, alors qu'il le rend méchant et rapidement ivre lorsqu'il boit étant en colère. Les états d'esprit sentimental, mélancolique, nostalgique, rêveur, sont admirablement réalisés par l'alcool. L'éthylique ne supporte pas la crudité du plein jour réaliste, car il est poltron ; or, la peur, avouée ou refoulée, est un puissant motif. L'alcool embellit tout, surtout notre misère intérieure, et il nous dispense de nous avouer à nous-mêmes nos défaites et nos lâchetés. Quels sont les sentiments qui poussent à boire ? Timidité, besoin de société non satisfait, sentiment d'infériorité et conscience de son impuissance pour atteindre la fiction, l'ambition ; impuissance virile ou gaucherie, d'où vantardise érotique, jalousie, brutalité qui succède à la sentimentalité, courage qui remplace la veulerie intérieure, besoin de dominer compensateur,... en somme la réalisation de l'euphorie maniaque compensatrice chez un déprimé latent.

L'impossibilité de s'arrêter de boire, l'intempérance, provient

donc a) du désir de réalisation du sur-moi, obtenue par l'euphorie alcoolique ; b) de l'action paralysante de l'alcool sur les fonctions volitives et morales supérieures ; c) de la lésion irrémédiable des instances mentale et morale supérieures.

Pour *Freud*, *Ferenczi*, et les psychanalystes en général, l'alcool est un moyen qui ruine la possibilité de sublimer les refoulements. *Juliusburger* (7) établit un rapport entre l'ivrognerie solitaire et l'autisme, le narcissisme, *Hartmann*, *Joël* et *Fränkel* (6) notent les cas fréquents d'homo-sexualité pendant la période d'intoxication, et qui disparaît avec la suppression des toxiques. *Bischoff* et *Lazar* (17) disent que beaucoup d'alcooliques ont succombé à ce toxique après avoir perdu l'objet de leur amour sexuel. *Adler* (18) constate que l'alcoolique augmente par l'ivresse la distance avec les exigences qu'il redoute, et protège ainsi sa trop grande sensibilité contre l'immixtion d'autrui. D'une façon générale : l'alcoolique est un individu qui supporte mal les sentiments désagréables et qui fait, dès lors, une politique d'autruche.

Le choix du toxique répond, en général, à un déterminisme constitutionnel. Ainsi, le morphinomane est le plus souvent un solitaire et un misanthrope. Ce n'est pas pour des raisons de spécificité toxique que la cocaïne est considérée, à l'instar de l'alcool, comme un poison sociable, et que l'on s'invite pour une partie de coco comme pour une partie de bridge (*Cramer*) (19), ou pour une fumerie d'Opium. C'est au contraire la syntonie primaire des futurs alcooliques, cocaïnomanes, opiophages, qui leur dicte le choix de la drogue, sans parler du besoin instinctif de justification et d'excuse que satisfait admirablement le fait que les autres étaient ou sont de la partie.

Selon *Stekel*, l'angoisse et le malaise, dont souffrent les toxicomanes pendant le sevrage, ne seraient que les émotions mises à nu par la narcose, et qui, dès lors, s'extériorisent librement. Le sentiment de la solitude morale insupportable précéderait souvent l'impulsion dipsomaniaque. Il est d'avis avec *Bleuler* que souvent, même dans la plupart des cas, les alcooliques conservent leur finesse. *Stekel* fait ressortir que ce n'est pas, en vérité, le goût et l'envie d'ivresse qui poussent à l'intoxication, mais bien plutôt le besoin impérieux de dominer des émotions, nées de conflits insupportables. L'impulsion véritable serait donc refoulée et substituée par l'intoxication.

Kielholz (20) pense que les mœurs alcooliques dérivent des relations des hommes entre eux et qu'elles les stimulent. C'est même, d'après lui, dans ces tendances homosexuelles larvées que

git la difficulté de la lutte antialcoolique. Il en voit la preuve dans le fait décrit par *Joël et Fränkel* (21), et suivant lequel les cocaïnomanes hétéro-sexuels deviennent homosexuels sous l'empire de la drogue. Leur puissance sexuelle tombant à près de zéro, l'objet de leur libido devient forcément le mâle qui symbolise l'érotisme. *Kielholz* pense que la jalousie pathologique de l'alcoolique s'explique d'une façon analogue, c'est-à-dire que l'alcoolique soupçonne sa femme d'entretenir des relations avec les hommes dont il recherche lui-même l'amitié ! Il nous propose une explication séduisante du fait bien connu, suivant lequel les femmes d'alcooliques, non contentes d'exiger la sortie anticipée de leur mari qu'elles ont amené à l'asile 15 jours plus tôt parce que leur foyer était devenu un enfer, deviennent les séductrices de l'alcoolique et l'engagent à rompre sa promesse d'abstinence : Ces femmes, dit *Kielholz*, sont souvent des filles d'alcooliques et épousent inconsciemment l'imaginaire du père, s'identifiant avec la mère-victime qu'elles cherchent à imiter. Leur amour est donc marqué de masochisme et ne trouve de repos que lorsqu'il a créé à nouveau la relation sado-masochiste d'antan, juste un peu moins brutale, peut-être, mais identique quant au fond !

Levinstein (22) et *Erlenmeyer* (23) établissent une séparation entre la toxicomanie, basée sur une disposition psychopathique, et l'abus de drogues, suite de souffrances physiques prolongées : « La séparation entre le morphinisme idiopathique et symptomatique n'a pas été acceptée officiellement. » (*Pohlisch* (8)). *Bonhoeffer* a trouvé que 10-15 0/0 des morphinomanes de la Charité (Berlin) ne présentaient pas de dispositions psychopathiques. « La séparation proposée par *Levinstein* (22) et *Erlenmeyer* (23) en vue d'une séparation au point de vue du diagnostic entre « morphinomanie » et « intoxication chronique par la morphine » éclaircirait la question. »

Dans l'euphorie alcoolique comme dans l'euphorie maniaque qui lui ressemble, il y a suppression des inhibitions, c'est-à-dire, libération émotive et instinctive. Dans les deux cas, l'individu a supprimé les scrupules, les obstacles, la conscience, la critique du sur-moi, de la censure morale. C'est le paradis terrestre qui l'éloigne de ses misères, de sa mélancolie. C'est, enfin, une source d'émotions et « d'événements psychiques » toujours nouveaux, si recherchés par les psychopathes. L'euphorie par les drogues fournit à l'imagination une telle multiplicité de formes et de couleurs, qu'elle procure à l'intoxiqué les aventures orientales les plus extraordinaires et si réelles, que l'individu a le sentiment de les avoir vécues (*Birnbaum*) (27).

Quelle tentation ! Que d'excuses pour justifier cette délicieuse fuite devant notre mauvaise conscience. Chaque alcoolique a des sentiments de culpabilité ; il a mille excuses et mensonges pour se justifier aux yeux des autres. Les fameuses hallucinations des alcooliques, nous dit *Schilder* (24), sont, d'après *Freud*, les voix de leur conscience, les reproches de la société humaine, de la conscience morale que l'éducation leur a inculquée. La contre-partie de l'ivresse, le « mal aux cheveux moral », serait une espèce de dépression, une punition méritée, une situation masochiste. Et *Kielholz* (20) rappelle le nombre d'alcooliques qui boivent pour tomber ivre-morts, disant qu'ils veulent mourir pour échapper à leur misère morale, et qui effectivement finissent si souvent par se pendre. De causalité en causalité psychologique, nous aurions ainsi les échelons qui conduisent du sommeil normal, réparateur, au rêve libérateur, puis au cauchemar accusateur, à la persécution, de celle-ci au crime, du crime à la folie, de la folie aux infirmités par accidents provoqués subconsciemment, et, enfin, au suicide.

Seule la morphine crée un réel état de besoin, c'est-à-dire des souffrances physiques presque insupportables, lorsque la drogue vient à manquer. C'est pour cette raison que tant de morphinomanes, même lorsqu'ils se rendent librement dans un établissement psychiatrique en vue d'une désintoxication, usent de ruses inimaginables pour dissimuler de la drogue dans leurs effets. *Joël* (21) distingue le toxicomane stabilisé, qui en reste à la dose d'entretien, du toxicomane à doses croissantes, pour lequel l'euphorie renouvelée devient l'unique préoccupation. Seul ce dernier est menacé à brève échéance de marasme, de déchéance et de mort. Dans la première catégorie rentrent tous les fumeurs d'Opium, qui s'en tiennent modérément à un nombre donné de pipes par jour, de même que les chiqueurs de feuille d'Erythroxylon Coca. Dans l'alcoolisme, nous retrouvons, en somme, les mêmes deux types : l'alcoolisme prétendu modéré, sans ivresse, « bien porté », et qui n'a pas l'excuse d'avoir à redouter des symptômes d'abstinence. Et c'est justement celui-ci qui est le plus fréquent dans nos pays.

Le second type est l'alcoolisme progressif où la recherche de l'ivresse devient le but immédiat et constant.

L'élimination n'étant pas terminée avant l'absorption de nouvelles doses, l'effet cumulatif se fait sentir bientôt, le sujet n'arrive plus à rétablir son équilibre humoral. Pourtant, dans l'alcoolisme chronique, il existe une certaine accoutumance secondaire et des symptômes d'abstinence, tels le tremblement matinal

que le premier verre d'alcool supprime, la pituite, la gastrite ; mais ils ne sont pas comparables à ceux des stupéfiants.

Au point de vue objectif, les symptômes mentaux, moraux et les conséquences médico-légales de l'alcoolisme sont incomparablement plus graves que ceux de l'intoxication par les stupéfiants. Lors même que le pourcentage des médecins, pharmaciens et infirmiers toxicomanes soit relativement beaucoup plus élevé, nous assistons à une véritable levée de boucliers contre les stupéfiants sans qu'on ose toucher à l'alcool. Ce sont même les médecins qui font preuve du plus profond mépris pour les toxicomanies proprement dites. Or, nous lisons dans le rapport *Pohlisch* (8) (Charité, Berlin), présenté ce printemps à la Conférence de l'Opium, que la proportion des toxicomanes médecins et des personnes employées dans les professions médicales est considérable. Malgré cela, c'est dans nos milieux médicaux que toxicomane est synonyme de dégénéré, d'incurable, d'immoral. L'indignation manifestée à l'égard de la toxicomanie est même habilement exploitée par les intéressés au capital-alcool, pour détourner l'attention du public et des édiles des méfaits de l'alcoolisme qui sont le véritable danger. On se frappe la poitrine et l'on a recours à la Société des Nations, afin de pouvoir trinquer et boire plus à l'aise nos vins et nos bières, nos liqueurs et nos cocktails. Ceux qui, après nous, jugeront notre époque, ne manqueront pas de souligner cette forme d'hypocrisie collective, inconsciente, qui prête le flanc à l'ironie, et il y a lieu de craindre que nous, médecins, serons rendus responsables, pour une large part, des méfaits dûs à l'alcool.

Qu'on ne me reproche pas de quitter le domaine strictement médical pour empiéter sur celui de la sociologie ou de l'hygiène, car les problèmes de la psychologie des toxicomanies sont inextricablement liés à ceux des mœurs et coutumes de notre époque.

Il nous paraît utile aussi de résumer les arguments des intéressés eux-mêmes, des toxicomanes, et surtout des *alcooliques*, car c'est un chapitre essentiel dans l'étude psychologique de la toxicomanie. Nous empruntons cette argumentation, pour la plus grande partie, à la brochure d'*Auguste Forel* (26) sur « La boisson dans nos mœurs », en résumant également ses réponses. La controverse entre « secs » et « humides », pour autant qu'elle n'est pas influencée par des considérations politiques, dépasse les cadres d'un débat académique ; elle constitue un chapitre important de la psychologie de notre époque :

Le fait, dit *Aug. Forel* (26), que l'habitude de s'intoxiquer remonte à la nuit des temps, c'est-à-dire à Noé qui eut soin d'em-

porter, dans son arche, un planton de vigne, ne signifie rien. Sinon, il faudrait également déduire qu'il y aura toujours du cannibalisme, de l'esclavage, de la traite des blanches, des guerres de religion, des épidémies, le mépris du travail qu'affectaient nos ancêtres, etc.

Le capital-alcool, le plus formidable trust international qui existe, neutralise aisément les velléités des abstinents. Ses alliés naturels et tout-puissants sont les coutumes, les traditions et les usages que nous imitons de père en fils, sans réflexion ni fierté. Les idées sur l'alcool sont à comparer à celles sur la guerre et sur l'infériorité de la femme, par exemple.

L'opium et ses dérivés sont en Europe ce que l'alcool est dans l'Orient. L'alcool et les drogues ont des effets analogues et aboutissent finalement à la démence. 20-45 grammes d'alcool éthylique pur (donné sous n'importe quelle forme diluée) ralentit et entrave les activités mentales et physiques pendant un temps variant d'une à 24 heures et plus.

L'argument que l'alcool représente un aliment d'épargne est un sophisme, car nous avons plutôt une tendance à trop manger. Nos repas les plus frugaux apportent dans la règle un excédent de calories ; et ce sont justement ceux qui mangent le plus qui abreuvent le plus savamment leurs libations par des toxiques qui, entre autres, font taire les sensations normales de satiété.

L'alcool est un aliment, nous dit-on. Certes, l'alcool est brûlé, mais il brûle la chandelle par les deux bouts. Pour faire de l'alcool, on commence par enlever une bonne partie des hydrates de carbone aux matières premières, et l'alcool devient ainsi un aliment très cher et délétère.

L'alcool est un excitant, un stimulant ? Il excite, à doses faibles, les réactions motrices, puis il les paralyse, mais même à faible dose, l'alcool paralyse d'emblée les fonctions sentimentales (paralyse des inhibitions), d'où l'illusion d'une stimulation psychique ; la pensée est ralentie, les associations d'idées sont plus superficielles, banales ; il y a paralysie des sentiments les plus fins, tels la retenue, le tact, les égards, la politesse, le respect d'autrui ; en même temps, excitation érotique, gaîté bruyante et vulgaire, brutalité, déchéance morale ; les erreurs professionnelles augmentent [*Kræpelin* (9)], de même que les négligences et les accidents (paralyse du jugement, sous-estimation du danger, des obstacles, à cause de l'euphorie, du non-enregistrement du détail des perceptions sensorielles, ralentissement des réactions motrices réflexes et des automatismes mentaux). L'illusion dans les « paradis artificiels » suggère à l'homme qui titube qu'il est fort.

L'alcool est un élément de santé et de longévité ? Les compagnies d'assurances accordent aux abstinents 8-10 0/0 de rabais sur les primes. Et les compagnies d'assurances savent calculer.

L'homme moderne prétend avoir besoin d'excitants : le cuisinier pour supporter la chaleur ; le bûcheron pour combattre le froid, l'intellectuel, pour compenser son manque d'exercice physique, a besoin d'un excitant nervin ; le laboureur doit stimuler ses muscles. Telle est l'argumentation contradictoire, souvent puérile, et qui rappelle si parfaitement celle des toxicomanes justifiant n'importe comment et coûte que coûte leur vice et leurs besoins.

Celui qui ne boit pas d'alcool usera de drogues ou abusera du thé ou du café ? Des millions d'abstinents ne font pourtant ni l'un ni l'autre, alors que la majorité des toxicomanes proprement dits abusent en même temps de l'alcool.

Tous les peuples s'intoxiquent ? Dans la plupart des nations, une partie de la population reste sobre, une autre s'intoxique. Des peuplades sauvages (les Indiens, par exemple), vivant sobriement, ont été littéralement exterminées par l'alcool (whisky).

L'alcool, un fortifiant ? Les maquignons donnent de l'alcool et de l'arsenic aux chevaux pour tromper l'acheteur. Mais aucun éleveur de bétail n'a encore fait usage de drogues pour améliorer les races animales.

La suppression d'un stupéfiant ou de l'alcool engendre l'abus d'un autre nervin ? La réalité nous apprend que les essais médicaux de remplacer la morphinomanie par la cocaïne engendrent la cocaïnomanie ; tous les stupéfiants sont interchangeables et se combinent volontiers à l'abus des boissons alcooliques.

La suppression de l'alcool enlève les plus belles joies de l'existence ? Quel aveu de la part de ceux qui n'ont, en eux, que la ressource d'avoir recours aux paradis artificiels. Notons, par ailleurs, que c'est plutôt après les soirées, après le théâtre, après les concerts, etc., que les insatiables et les jouisseurs vont au cabaret, — avant tout ceux atteints de « persévération toxicomaniaque ». Ce sont des gens qui s'ennuient, ou qui n'ont précisément pas de ressources intérieures ou extérieures, qui se mettent à boire ou à se droguer pour se donner au moins l'illusion de s'amuser ou de jouir. La question importante, au point de vue psychologique, c'est la tension qui résulte du conflit entre le désir et ses possibilités de réalisation. Les breuvages naturels sont : l'eau, le lait, les fruits, et cela dans le règne animal comme dans le règne végétal.

La précaution qui consiste à « couper l'eau » suspecte par un

peu d'alcool ne repose sur aucune donnée scientifique ; les microbes et les impuretés de l'eau se portent tout aussi bien dans une eau légèrement alcoolisée. Dans les tropiques et dans les régions polaires, l'alcool est prohibé par les explorateurs, et les Européens qui, là, ne restent pas sobres, sont très vite menacés. L'abus du tabac, du thé, du café est certes nocif aussi, mais on n'a jamais constaté de psychoses consécutives à l'abus de ces excitants du système nerveux qui, en plus de cela, ne lèsent que le fautif sans menacer la progéniture. Enfin, ces nervins ne sont pas ruineux, ni moralement, ni financièrement.

Les boissons alcooliques, consommées modérément, sont, sinon à l'individu, cependant nuisibles à l'humanité. Il en est de même de tous les poisons. Les stupéfiants de la pharmacopée peuvent être d'une grande utilité au malade auquel le médecin les prescrit ; ils sont néanmoins des poisons sociaux.

L'utopie des abstinents : comment oser espérer qu'un jour les hommes admettront de se priver de narcotiques et d'alcool ?

L'utopie des partisans de l'alcool : comment croire que l'homme sobre et travailleur continuera encore longtemps à se laisser exploiter par l'armée croissante des idiots, des non-valeurs sociales, des dégénérés, des vicieux oisifs, des jouisseurs égoïstes ?

L'abstinence obligatoire, le régime sec, est un accroc au principe de la liberté de l'individu ? On prive bien les criminels de leur liberté individuelle, de même que les aliénés inconscients. La vraie liberté est une liberté intérieure qui s'inspire du respect d'autrui, du principe des relations et de l'interdépendance sociales. La « Charte du Travail » est une loi non écrite de date récente. Nous nous y conformons tous. Il n'y a pas si longtemps encore, il était au-dessous de la dignité d'un homme bien né de travailler. Il n'y a pas longtemps qu'on se moquait des abstinents. Le temps approche où l'on se moquera et où on méprisera des gens qui boivent, comme on méprise les « drogués », malgré *Baudelaire*, *Gérard de Nerval*, *Thomas de Quincey*, *T. S. Coleridge*, *Piranesi*, *E.-A. Poë*, et d'autres encore de ces trop fameux troubadours des stupéfiants. Ils sont, ces malheureux névropathes, plus à plaindre qu'à imiter, et ce n'est pas la piqure de morphine, le verre d'absinthe ou la prise de cocaïne qui ont inspiré les mirages et les rêves orientaux, les cascades d'or, les accents de musique surnaturelle, les fleurs du mal, les paradis artificiels, etc.

L'alcool et la toxicomanie n'atteignent, dit-on, que les dégénérés, gens peu intéressants que les drogues aident au contraire à

éliminer par une espèce de sélection naturelle ; inutile pour les modérés de se « sacrifier » pour les caractères faibles, en se privant d'une jouissance inoffensive, dans les limites de la modération ? La délimitation entre dégénérés, psychopathes et prétendus normaux est scientifiquement impossible. Nous sommes tous « nerveux » à nos heures, influençables et égoïstes ; nous avons tous des défauts dans notre cuirasse. C'est un sophisme qui fait dire que seuls les tarés sont atteints. Que de fois voyons-nous un patron indigné ou plein de compassion nous amener un de ses ouvriers à l'asile. Celui-ci, guéri, revient quelques années plus tard nous confier son patron qui, entre temps, a glissé du piédestal de la modération dans la mare des excès.

La modération met le caractère à l'épreuve ; l'idée d'être forcé à l'abstinence répugne à l'homme libre de sa destinée ? La modération est une notion très élastique ; elle va d'un verre de vin à plusieurs litres par jour, suivant les pays et les corps de métier. L'alcoolisme chronique modifie insidieusement le caractère et la résistance morale, d'où les nombreuses défections dans les rangs des modérés. « L'homme libre de sa destinée » est encore une de ces illusions qui trompent les seuls naïfs. Ce qui est juste pour l'alcool est juste pour les stupéfiants. Si l'alcool doit rester libre, il n'y a pas davantage de raison de limiter les stupéfiants qui n'ont pas fait, à nos populations, le millième du mal qu'a fait l'alcool dans nos régions.

Alcool et sexualité. Beaucoup de déséquilibrés, d'impuissants virils, demandent à l'alcool et aux drogues de leur servir d'aphrodisiaque ou de les consoler de leurs échecs, de leurs anomalies. Beaucoup de maladies vénériennes et d'actes de débauche, que les victimes regrettent amèrement ensuite, ont été commis en état d'ébriété ou d'ivresse. Tel l'étudiant, resté chaste par principe et que ses « amis » entraînèrent à s'enivrer dans un cabaret de nuit, d'où il rentra syphilitique, après avoir puisé dans le vin le « courage » et la « liberté d'action » nécessaires pour s'accoupler avec une fille publique. A noter que cet étudiant, ayant tout oublié le lendemain, était resté innocent..., mais tout de même syphilitique.

**

Depuis que le secret professionnel est sauvegardé par les cartes de décès à coupon détachable, les statistiques suisses prouvent qu'un sur 10 cas de décès d'hommes morts après l'âge de 20 ans est dû à l'alcool ; dans certaines régions, la proportion monte même à 1/4, et cela surtout dans la classe aisée.

La toxicomanie est le plus répandue dans les grandes cités (avant tout dans les milieux à professions libérales), mais on trouve aussi des « nids » à certaines autres places où les toxicomanes (surtout des médecins) ont fait des prosélytes.

La criminalité, dit *Legrain* (28), n'est pas seulement une circonstance de fait prévue chez un intoxiqué, mais une propriété commune, fatale à l'universalité des stupéfiés. L'éréthisme d'un intoxiqué est un trompe-l'œil. D'emblée, les centres régulateurs du haut psychisme sont paralysés. Il en résulte l'aspect désordonné de la pensée, la rapidité des associations d'idées dont l'automatisme ne se voit identique que chez les maniaques, la luxuriance quasi-délirante de l'imagination. C'est d'abord une phase d'hypomanie toxique où les symptômes culminants de l'excitation maniaque sont aisés à reconnaître. La richesse d'imagination est exceptionnelle, quasi-mythomaniacale. C'est presque l'état de rêve qui sera pathognomonique de la phase suivante, sensitivo-sensorielle. Ici, la place est livrée à l'affectivité et à l'automatisme instinctif. Les phénomènes émotionnels, les impulsions se révèlent avec la liberté du réflexe. Pour le criminologue, c'est cette phase sensitivo-sensorielle qui constitue la période la plus féconde. Les états passionnels, la sensualité impérieuse des instincts libérés des freins de l'éducation, reprennent leurs droits. Le stupéfié, en ce sens, est un amoral, socialement parlant.

L'hétéro- autant que l'auto-suggestibilité du stupéfié est un fait psychologique indéniable.

Aussi, certains sujets ont-ils su exploiter consciemment, comme le ferait un vrai psychologue, l'action fortuite d'un stupéfiant pour armer leur main demeurée défaillante au crime sous l'empire de la raison. *H. W. Maier* (7) nous met en garde contre ce type spécialement dangereux de criminels. *Tolstoï*, dans sa préface célèbre intitulée : « Pourquoi les hommes usent-ils de stupéfiants ? », a tracé avec son génie impressionnant un portrait auquel il n'y a rien à ajouter.

Les accès de fureur qui, à côté de l'euphorie, peuvent s'emparer des stupéfiés, et qui représentent de vraies crises hallucinatoires, nous amènent sur le terrain des toxico-psychoses fécondes, elles aussi, en actes antisociaux. Il s'agit alors de saturation toxique exceptionnelle ou paroxystique de l'organisme, avec explosion délirante où l'hallucination, l'onirisme servent de pivot à toutes les situations observées. Mais les toxico-psychoses n'ont pas toujours ce caractère paroxystique. Un état perpétuel du sub-délire peut s'emparer du malade, conduisant à des états

dépressifs graves avec préoccupations mélancoliques. *Morel* et *Millant* citent des cas d'homicide ainsi que l'extrême fréquence du suicide par l'opium en Chine (*Legrain* (28), Villejuif).

Sur l'ensemble des prisonniers de l'Allemagne (32.897), la proportion d'ivrognes (13.700) est de 41,7 0/0. Si l'on déduit les faussaires et les imposteurs qui n'accusent que 24,7 0/0 d'alcooliques, la proportion s'élève à environ 75 0/0 des prisonniers qui ont commis des voies de fait, des délits de mœurs, des atteintes à l'ordre public, etc. (*A. Baer*).

*
**

De ce qui précède, nous concluons :

Les toxicomanies ne constituent pas une entité nosologique. S'il y a beaucoup de morphinomanes qui ne deviennent jamais alcooliques, et vice-versa, le problème psychologique qui conditionne toute toxicomanie reste le même.

S'il y a beaucoup de morphinomanes qui restent fidèles à leur drogue (comme beaucoup d'hommes s'en tiennent aux brunes, aux rousses, etc.), il en est d'autres, plus nombreux encore, qui combinent les drogues, abusent de l'alcool, de tout (comme tant d'hommes s'éprennent de femmes très différentes).

Les variations individuelles sont, bien entendu, aussi marquées chez les toxicomanes que chez les thymosés, et comme tous les toxicomanes sont des thymosés, nous devons les considérer, en principe, comme curables.

Au point de vue clinique et psychologique, il y a lieu de distinguer les *toxicomanies* des intoxications aiguës et des intoxications chroniques ; ce sont là trois choses distinctes. Les premières sont des *toxico-thymoses*, les secondes des états *d'ivresse*, les troisièmes des *toxico-psychoses*. Sauf dans ces derniers cas, où l'accent porté sur les phénomènes psychotiques, organiques et irréversibles, nous parlerons à l'avenir de thymoses toxico-maniaques ou de toxico-thymoses comme on parle de thymoses obsessionnelles. Nous serons plus près des réalités psychologiques et, en même temps, nous réparerons une injustice qui a trop longtemps pesé sur ces parias de la psychiatrie.

III. Quelques exemples

Il est impossible de résumer les observations de plus de 50 malades dont l'analyse et le traitement ont inspiré ce rapport. Nous nous bornerons à donner quelques indications sur l'investigation psychologique de toxico-thymoses :

EXEMPLES :

A. — Un morphinomane, 37 ans, déclare que sa toxicomanie est la conséquence du bouleversement moral occasionné par la guerre, à la fin de laquelle la vie lui paraît vide de sens. Rentré à Paris, il n'a rien à faire et il recherche les distractions. Il commence à boire ; une femme l'initie à l'opium ; il passe à la morphine, à la cocaïne, à l'héroïne. En effet, la suppression de la tension provoquée par la guerre a été néfaste à notre malade, mais cela d'une toute autre façon qu'il ne se l'était imaginé. La guerre était déjà pour lui une *drogue psychique*, qui réalise des désirs non satisfaits dans la vie réelle. Le malade en convient, car, dit-il, « rien n'a pu me satisfaire depuis la guerre ». La suite des entretiens révèle les faits suivants : Le malade a connu, à l'âge de 18 ans, une jeune femme rousse, à peau blanche, de taille moyenne... dont il a été impressionné à un point qu'il n'a jamais pu prononcer un mot devant elle, quoiqu'il ne fût pas timide de nature. Au début de la guerre, le jeune homme apprit qu'elle était morte et, à son étonnement, n'en éprouva pas le moindre chagrin. Il se disait : « Il n'y a rien à faire, il ne faut plus y penser. » Il refoula cette image de femme qui avait été le point culminant de sa vie sentimentale, et la guerre lui tint lieu de toxique psychique. La vie n'a désormais plus de valeur pour lui. L'image de cette femme morte le plonge dans une sorte de rêverie dans laquelle il la retrouve et fait, en pensée, cent fois le tour du monde avec elle. Le malade déclare qu'aucune femme ne l'intéresse réellement si elle n'est pas rousse. Ce n'est qu'en état d'intoxication qu'il a pu rester pendant plusieurs mois auprès d'une même femme, qu'elle fût blonde ou brune, mais après chaque désintoxication (il en a fait 18) il les abandonna de suite, *toujours à la recherche de son image*. C'est que, pendant l'intoxication, il pouvait faire abstraction de la réalité, mais à peine désintoxiqué, il reconnaissait l'erreur de la substitution et s'en dégageait aussitôt. Mieux que cela, obéissant à sa mère à laquelle il est fortement attaché, il se fiance avec une femme de valeur et belle. A peine désintoxiqué, tout son être se dresse contre l'idée d'une union et il nous supplie de l'aider à rompre. Le malade s'étonne du fait qu'en état d'intoxication il n'ait jamais voulu s'approcher d'une femme rousse ; il finit par se rendre compte qu'il ne pouvait pas approcher son idéal dans cet état. Il ajoute : « Un matin, en état de besoin irrésistible, cherchant avec angoisse à atteindre une pharmacie qui allait fermer à midi, je rencontre, tout près, une femme rousse. Je la suis, en oubliant complètement mon état de besoin et le fait que la pharmacie allait fermer dans un quart d'heure. Aucune puissance du monde n'aurait pu m'empêcher d'entrer dans cette pharmacie, sauf une femme rousse, mon idéal, qui me dispenserait de drogue et d'alcool, et avec laquelle je serais parfaitement *heureux*. » Le malade résiste maintenant à la tentation de rêver constamment à son idole. Il a appris à substituer des rêves sains à ses rêves de toxicomane, et à les

réaliser. Il a saisi la cause de sa maladie et a pu adopter une ligne de conduite.

B. — Un autre malade, 45 ans, marié, impuissant, alcoolique, souffre de dépressions périodiques avec des angoisses d'une extrême violence qui le rendent muet et le fixent sur place. C'est alors qu'il boit et qu'il est sujet à une envie presque irrésistible de se jeter à l'eau.

L'analyse psychologique révèle un fort attachement à un cousin, seul ami intime depuis sa jeunesse. La guerre sépare d'abord puis réunit les deux amis qui passent un congé militaire au bord de la mer. Là ils boivent beaucoup. Peu de jours après, le cousin se suicide. Dès lors, apparition des dépressions atroces, avec un sentiment de culpabilité d'avoir quitté le cousin qui n'était pas « en forme » ; regret d'une vie gâchée, contrastant avec la fraîcheur des « heureux congés passés ensemble à la plage ». Toute la désillusion d'une jeunesse malheureuse, la déception d'une épouse qui ne remplace pas le cousin ami et qui ne correspond pas à l'image idéale de la femme telle qu'il l'a rêvée, le font tomber dans un découragement profond dans lequel il se perd ; il n'a plus que l'appui fictif de l'alcool qui lui fait oublier un instant ce qui lui rend la vie insupportable. Il se livre à la boisson aussi dans le but de noyer sa tendance à la sodomie qu'il avait pratiquée jadis.

L'attraction que l'eau exerce sur lui symbolise sa jeunesse, passée en partie au bord de la mer, vers laquelle il veut retourner pour y trouver la paix.

X C. — Un jeune homme, très intelligent et bon commerçant, négligé par ses parents, commence, dès l'âge de 14 ans, à fréquenter les boîtes de nuit où il se dédommage de ce qui lui manque à la maison. Il est fasciné par les femmes à l'époque de sa puberté, et il se laisse séduire par la tenancière d'une de ces maisons. Son père lui défendant les rapports avec des femmes de la « série haute » et lui permettant ceux avec la « série basse », il se sent donc autorisé à ne pas se priver des plaisirs que lui fournissent les boîtes de nuit.

A l'âge de 22 ans, il est pris de crises de dipsomanie à intervalles de 2-3 mois ; cela continue pendant 4 ans. Puis, sous l'empire d'une de ces impulsions, il quitte sa jeune femme et s'enferme dans un lieu de plaisir où il fête des orgies, suivies d'amnésie. Seul, sous l'influence de l'alcool, de la musique et de toute cette ambiance familière, il se plonge dans ses rêves de liberté, d'indépendance et d'aventures, auxquels, au fond, il est encore lié. Sa femme, de la « série haute », lui est étrangère et, dans ses fugues, il continue et satisfait sa ligne de vie fortement tracée dans sa jeunesse et qu'il croyait ne pas pouvoir abandonner.

D. — Une autre malade, homosexuellement liée à sa mère, hétérosexuellement liée au père, vit avec eux dans des querelles incessantes. Elle est nymphomane, mais aucun rapport avec un homme ne peut lui

procurer de satisfaction. Une prescription médicale d'Eucodal et de Dicodid pour des troubles menstruels tombe mal à propos. La malade, manquant de satisfaction dans la vie, s'intoxique de plus en plus, incapable de quitter, par un effort de volonté, ce monde irréel qui seul lui procure la satisfaction désirée.

E. — Que dire encore d'un alcoolique qui a perdu sa mère avec laquelle il avait vécu maritalement pendant tout le temps de sa crise pubère et jusqu'à passé 20 ans ? D'un toxicomane qui, d'abord, s'est drogué à cause de souffrances physiques, mais qui, dans la suite, noie dans l'ivresse, par les stupéfiants, ses souffrances morales issues d'un conflit avec son père ? Ce malade ne s'étant jamais rendu compte de la relation existant entre son intoxication et le conflit paternel, a-t-il raison de s'étonner ensuite de rechuter le jour où il revoit son père, en sortant d'une cure de désintoxication apparemment bien réussie mais où il n'avait pas appris à comprendre l'enchaînement psychologique de ses réactions ?

IV. Thérapeutique

A peu d'exceptions près, tous les psychiatres estiment que le traitement des toxicomanies doit avoir lieu dans des établissements psychiatriques *ad hoc*. Une première cure, disent-ils, doit durer au moins 6 mois dans tous les cas d'intoxication avancée, et un an au moins lorsqu'il s'agit de récédive. Cette longue durée de traitement semble justifiée par plusieurs raisons : l'organisme affaibli, et en particulier le système nerveux central mettent des mois à éliminer les toxines. D'autre part, le danger de rechute diminue en raison inverse du temps écoulé depuis la dernière intoxication. Mais la raison principale réside dans le profit que le malade retire d'une rééducation systématique dans un milieu où l'abstinence totale est de mise, et où tout contribue à une réadaptation à la vie sociale par le travail manuel, les sports, l'étude, etc. Mais c'est à la psychothérapie individuelle par des médecins et un personnel spécialisés qu'incombe la tâche essentielle. Par l'analyse psychologique on découvre souvent les raisons subconscientes de l'intempérance. Assez souvent même, l'analyse et la psychothérapie viendront, en peu de temps, à bout de la thymose qui a occasionné les excès. Dans ces cas, plus nombreux qu'on ne l'admet en général, la durée du traitement pourra être *notablement réduite*, et les chances de guérison définitive seront d'autant plus grandes. L'analyse, et plus encore la synthèse, ne peuvent être entreprises avec succès que par des personnalités qui en imposent aux malades par d'autres moyens que l'internement seul ou la surveillance par le personnel infir-

mier. Le rôle d'un personnel intelligent et qualifié ne saurait toutefois être assez souligné.

L'admission d'un toxicomane doit, dans la règle, s'accompagner d'un certificat médical et d'une demande de la famille ou des ayants droit, car le malade, tôt ou tard, se croira guéri avant l'heure par manque d'auto-critique ou par envie de recommencer.

La cure terminée, il y a lieu de prendre des mesures appropriées à chaque cas pour entourer l'ex-malade comme il convient, et cela pendant plusieurs années.

Le moyen appliqué par *Binswanger* (13) depuis de nombreuses années, et qui consiste à exiger de courts séjours de contrôle que l'on espace de plus en plus, est vivement à recommander.

Il y a lieu d'appliquer des mesures de surveillance très strictes dans les cas de récurrence et aux toxicomanes invétérés et dégénérés. Mais même là, une psychothérapie appropriée peut donner des résultats, tel le jeune homme guéri complètement après 19 cures manquées, de quelques semaines chacune, et qui, tout simplement, a été débarrassé d'une thymose sexuelle dont il n'avait même pas soupçonné l'existence.

Je transcris ici quelques réflexions de *Binswanger* (13) auxquelles nous pouvons entièrement souscrire : l'alcoolisme est l'affection à l'égard de laquelle le médecin est le mieux armé et à même d'agir : en qualité de psychothérapeute, d'éducateur, de conseiller et d'expert médico-légal, enfin d'hygiéniste. Mais il ajoute que la prophylaxie reste le remède par excellence. Il met en garde les femmes qui s'illusionnent et pensent « sauver » une vie en épousant un alcoolique ; que de tragédies ont été tramées ainsi, qui auraient pu être conjurées à temps par l'intervention et la mise en garde du médecin. 3-4 mois de séjour clinique suffisent dans les cas légers (excepté les cas d'analyse réussis). Dans la majorité des cas, on compte 6-12 mois. Dans les asiles pour buveurs, on demande davantage, plusieurs années. On ne devrait jamais licencier un malade sans exiger qu'il revienne se présenter périodiquement, comme nous l'avons dit plus haut, ne serait-ce que pour un ou deux jours (recherche de l'alcool dans les urines, à l'insu du malade !). Ces contrôles faits par le médecin de famille n'ont pas la même valeur que ceux faits par les médecins de la clinique où le malade a fait sa cure, — car eux seuls auront barre sur lui. Ils le connaissent, et le malade a, vis-à-vis d'eux, une attitude beaucoup plus soumise. L'épée de Damoclès, dit *Binswanger* (13), est entre leurs mains. Il insiste sur l'importance du rapport affectif, sur l'importance

de l'influence personnelle, de l'ascendant que le médecin doit prendre sur ses malades toxicomanes. Il cherchera à analyser son malade, mais ne se laissera pas leurrer par une compréhension apparemment complète des motifs d'intempérance. Le médecin doit individualiser, mettre le malade à l'épreuve en lui donnant progressivement de la liberté, tout en continuant à le surveiller discrètement, à rechercher l'alcool dans les urines, etc. L'abstinence totale doit être de rigueur dans les établissements qui reçoivent des toxicomanes.

Le retour d'un toxicomane dans le milieu où il a pris ses funestes habitudes doit également être soigneusement préparé. L'abstinence totale et définitive est une condition *sine qua non*. Et les membres d'une famille où il y a un toxicomane ou un alcoolique, qui ne bannissent pas à tout jamais l'alcool de leur table et de leur maison, commettent une cruauté et une erreur dont ils porteront les responsabilités par la suite. Que de fois ai-je vu des malheureux, auxquels médecins et familles conseillaient la modération, et qui ne récoltaient que l'insuccès de leurs efforts les plus honnêtes ! Conseil de pharisien ou d'ignorant, en tout cas conseil inefficace, voire nuisible. Ces gens devraient, pour rester logiques, conseiller à un morphinomane d'en rester à une ou deux seringues par jour !

En insistant pareillement sur les méfaits de l'alcool, nous ne sous-estimons pas le danger des stupéfiants, y compris les barbituriques, dont l'usage aboutit bien souvent à des désastres parce que les malades peuvent se les procurer librement. Mais nous sommes en droit d'espérer que la lutte engagée contre les stupéfiants aboutira bientôt à des résultats précis.

N'oublions pas que la prophylaxie des toxicomanies proprement dites doit atteindre en tout premier lieu les médecins. Ce sont eux qui prescrivent parfois trop facilement des « stimulants », des « calmants », des « hypnotiques » et des « sédatifs ». Ils ne se rendent pas toujours compte des conséquences de semblables prescriptions qui atténuent momentanément les symptômes sans en supprimer la cause. Nous devons songer dorénavant qu'à défaut de cause physique décelable, justifiant les algies, les maux de tête, l'insomnie, tant d'autres dérèglements de la vie végétative et émotive, il y a presque toujours des conflits psychologiques, un déséquilibre émotif, susceptibles d'être analysés, traités et guéris, si on veut bien s'en donner la peine. C'est pour cette raison et en tablant sur notre expérience que nous déclarons : la plupart des toxicomanes sont des toxicothymosés et il nous faut maintenant distinguer entre les toxicomanies et les intoxications aiguës ou chroniques.

L'Etat et le législateur interviennent de plus en plus dans le traitement des alcooliques et des toxicomanes en général. Je partage, à ce sujet, le point de vue défendu par Joël (3). L'Etat étant intéressé presque partout au capital-alcool, souvent producteur lui-même, il est bien mal placé pour combattre les suites funestes d'un mal qu'il protège par ailleurs ou que même il propage. Le devoir de l'Etat est d'encourager par tous les moyens la lutte contre l'alcool et les stupéfiants, qui sont ses ennemis les plus dangereux. La proposition de loi suivante vient du reste d'être renvoyée par la Chambre française à la Commission de l'Hygiène : « Les règlements concernant les aliénés sont applicables aux victimes d'intoxication par l'alcool et les divers toxiques. Les individus soumis au traitement de désintoxication ne pourront, sans autorisation du médecin traitant, quitter l'établissement où ils reçoivent des soins en vue de la désintoxication. » Le Japon a accepté, il y a quelques années, une loi défendant toute absorption d'alcool aux individus en-dessous de l'âge de 21 ans.

Nous empruntons au rapport présenté par le Dr Cramer (19), de Genève, à la Conférence de l'Opium, quelques chiffres éloquentes pour démontrer aux indifférents comme aux fatalistes que nous sommes bien mal placés pour négliger ces problèmes vitaux : seul le 5 0/0 de la contrebande des stupéfiants est connu. Tel pays, qui a besoin de 72 kg. de morphine par an, en fabrique près de 4.000 kg. Au lieu des 9 kg. d'héroïne nécessaires, 3.310 kg. Aux Etats-Unis, le kg. d'héroïne coûte 1.750 francs-or et 75.000 fr. environ lorsqu'elle est vendue au détail ; elle rapporte donc environ 73.000 francs-or par kg. aux fabricants, contrebandiers, grossistes, détaillants, trafiquants, entremetteurs et maquereaux, avant de consacrer la ruine finale, morale et mentale des psychopathes naufragés, victimes de cette exploitation criminelle.

Le choléra, la peste, la fièvre typhoïde, le tétanos, la petite vérole, la maladie du sommeil, la diphtérie, et d'autres affections graves de l'état physique humain ont pratiquement été jugulées par des mesures d'hygiène et de prophylaxie. Il ne vient à l'idée de personne de se révolter contre des restrictions, des quarantaines, des ordres parfois gênants et coûteux, car dans le domaine des maladies physiques on admet le sacrifice du particulier au bien de la collectivité. Nous commençons à comprendre que les mêmes règles sont applicables au domaine mental. Nous sommes tous d'accord de limiter la fabrication des drogues suivant les besoins des nations, d'introduire le carnet à souches obligatoire

pour tous les médecins, comme cela se fait aux Etats-Unis, pour combattre les faux, la contrebande et pour faciliter le contrôle. C'est encore aux Etats-Unis que la lutte contre l'alcool et les stupéfiants est devenue une matière d'enseignement aux écoles et aux universités [D^r *Payne* (29)]. Ce n'est que dans la lutte radicale contre l'alcool, le principal des poisons sociaux, que tout reste à faire. Lorsque nous, les médecins que nos populations écoutent, aurons débarrassé l'humanité du plus dangereux de ses ennemis, nous lui aurons rendu le plus grand service. Nous ne pensons pas que la prohibition totale et subite constitue le moyen de choix, car non seulement elle suscite l'opposition des minorités agissantes, mais elle déchaîne aussi les appétits des trafiquants, des contrebandiers, en un mot, de toute la partie de la population qui vit de la fabrication et du trafic de l'alcool. La lutte contre l'alcoolisme et les stupéfiants est avant tout un problème de rééducation, de lente modification des mœurs ; grâce au renchérissement systématique, au contrôle de plus en plus serré, à l'accroissement des taxes fiscales, un assaut général sera donné contre l'alcool qui sera repoussé dans ses derniers retranchements et devra finalement se réfugier dans l'armoire de l'apothicaire.

Il est parfaitement superflu de chercher la part exacte qui revient à l'alcool dans les ravages de la tuberculose, dans la natalité des idiots, des arriérés, des aliénés, des anormaux de tout genre, des épileptiques, des criminels, des vagabonds, des non-valeurs sociales qui pullulent dans les palais comme dans les quartiers obscurs de nos grandes villes, car nous sommes tous convaincus que l'alcool est le grand pourvoyeur de toutes ces misères. Le nombre des cas de toxicomanie est croissant faute de protection suffisante. Et l'on peut admettre que l'aptitude de plus en plus accentuée à la contagion trahit dans la masse une déficience du pouvoir de résistance tout autant qu'une dépravation qui l'a conduite à l'appétence de la narcose [*Legrain* (28)]. Tout citoyen a droit à une protection suffisante contre le danger des stupéfiants dont les victimes sont loin d'être tous des « psychopathes » manquant de volonté. La constellation est ici plus importante que la constitution. Les mesures prophylactiques font prévoir bien plus de succès et d'économies réalisables que les sommes invraisemblables que l'Etat sera quand même obligé de dépenser plus tard pour l'entretien de ces malades [*Joël et Fränkel* (21)].

Les expériences collectives de l'abstinence : il n'y a pas si longtemps que les établissements psychiatriques ont adopté le

régime sec. Tous les rapports vantent les résultats. Depuis son introduction, les malades jouissent de libertés plus étendues, et le personnel infirmier, de même, n'a plus besoin d'être surveillé et amendé comme des mineurs. La vie militaire est un champ d'observation important. Tous les grands chefs militaires déplorent les méfaits de l'alcoolisme et lui attribuent la majorité des cas d'insubordination et d'indiscipline. La seule mesure prophylactique radicale, c'est la disparition définitive de l'alcool de consommation sous n'importe quelle forme.

Je termine en citant Dupré (14) : « Pathologie de l'imagination et de l'émotivité ». Après avoir parlé de l'interminable défilé des alcooliques qui constituait alors plus du tiers de la clientèle de « l'Infirmierie spéciale », à Paris, Dupré (14) conclut son ouvrage par un appel qui fait honneur à sa probité de médecin, d'ancien chef de la psychiatrie française : « Je termine cette petite revue clinique, en souhaitant qu'elle donne la conviction de la fréquence croissante, de la haute gravité de l'alcoolisme et de la nécessité vitale pour notre pays d'enrayer les incessants progrès de ce fléau, agent de toutes les dégénérescences physiques et morales. »

*
**

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. HERSCHMANN. — Paralyseähnliche Zustandsbilder nach Intoxikation durch Veronal und chemisch verwandte Schlafmittel. (*Arch. f. Psychiatrie*, 70, 623, 1924).
2. BLEULER (E.). — *Lehrbuch der Psychiatrie* (Julius Springer, Berlin, 1916).
3. JOEL (E.). — *Die Behandlung der Giftsuchten*. (Thieme, Leipzig, 1928).
4. HEUYER (G.) et LE GUILLANT (L.). — De quelques toxicomanies nouvelles. (*L'Hygiène mentale*, mars 1930, Gaston Doin, Paris).
5. SEREJSKI (M.). — Konstitution der Narkomanen. (*Zeitschrift f. Neurol. und Psychiatrie*, 95, 130, 1925).
6. v. STOCKERT (F. G.). — Zur Frage der Disposition zum Alkoholismus chronicus. (*Zeitschrift f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Heft 3, 1926, Julius Springer, Berlin).
7. MAIER (H. W.). — Cocaïnismus. (*Neue deutsche Klinik*, Band 2, 1928, Urban et Schwarzenberg, Wien-Berlin).
8. POHLISCH (K.). — *Die Verbreitung des chronischen Opiatmissbrauches in Deutschland*. (S. Karger, Berlin, 1931).
9. KRÄPELIN (E.). — *Psychiatrie, ein Lehrbuch f. Studierende und Aerzte*. (J. A. Barth, Leipzig, 1922).
10. SCHRÖDER (P.). — *Handbuch der Psychiatrie*. Herausgegeben von Aschaf-
feuburg.
11. WUTH (O.). — *Morphinismus* (M. m. W. 1923, 1924, 1925).
12. KRETSCHMER. — *Körperbau und Charakter* (Berlin, 1924).

13. BINSWANGER (L.). — Alkoholismus; Alkoholsucht und Alkoholvergiftung. (*Neue deutsche Klinik*, Band I, Berlin, 1928).
 14. DUPRÉ (E.). — *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité* (Payot, Paris, 1925).
 15. FOREL (O.-L.). — De la suggestion. *Annales Méd.-psych.*, n° 5, 1927.
 16. MAIER (H. W.). — *Der Kokainismus*. (Thieme, Leipzig, 1926).
 17. BISCHOFF und LAZAR. — *Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie*, 1914.
 18. ADLER. — *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*. (München, 1924).
 19. CRAMER (A.). — *La lutte contre la toxicomanie du point de vue médical*. (Conférence universelle de défense contre les stupéfiants, Genève, mai 1931).
 20. KIELHOLZ (A.). — *Seelische Hintergründe der Trunksucht*. (*Die psychoanalytische Bewegung*, 2. Jahrgang, März 1930).
 21. JOEL et FRÄNKEL. — *Kokainismus und Homosexualität*. (D. m. W., n° 38, 1915).
 22. LEVINSTEIN (E.). — *Die Morphiumsucht*. (3. Auflage, Berlin, 1887).
 23. ERLÉNMEYER (A.). — *Die Morphiumsucht*. (3. Auflage, Berlin, 1887).
 24. SCHILDER (P.). — *Entwurf zu einer Psychiatrie*. (Internat. psychoanalytischer Verlag, 1925, Leipzig, Wien, Zürich).
 25. CHAPUIS (S.). — *L'abus du vin dans la vie quotidienne*. (Librairie anti-alcoolique, Lausanne, 1931).
 26. FOREL (A.). — *La boisson dans nos mœurs*. (Agence de publication de la Ligue Anti-alcool. Rue de la Mission, 36, Bâle).
 27. BIRNBAUM (K.). — *Psychopathologische Dokumente*. (Springer, Berlin, 1920).
 28. LEGRAIN (P.-M.). — *La criminalité des toxicomanes*. (Masson, Paris, 1923).
 29. PAYNE (E.-G.). — *La toxicomanie envisagée comme problème d'éducation*. (Conférence universelle de défense contre les stupéfiants, Genève, mai 1931).
 30. STEKEL (W.). — *Impulshandlungen*. (Wien, 1922).
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 12 Novembre 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président

PRÉSENTATIONS

Attaques toniques généralisées, avec crises de fureur, chez un encéphalitique, par MM. Paul SCHIFF et J. O. TRELLES.

(Hôpital Henri-Rousselle, Dr Toulouse Médecin-Directeur).

La clinique des manifestations post-encéphalitiques pose quotidiennement des problèmes diagnostiques difficiles. Elle jette un jour nouveau sur des affections encore mal connues, nous révèle les mécanismes pathogéniques qui relient des tableaux en apparence disparates : les séquelles de la maladie se signalent fréquemment par des syndromes qu'on pourrait dire de carrefour. C'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de présenter le malade dont l'observation suit.

M. R. N., dessinateur industriel, âgé de 25 ans, est envoyé à l'Hôpital Henri-Rousselle le 2 juillet 1931, parce qu'il vient de faire une tentative de suicide.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler au point de vue de l'hérédité. Né à terme ; développement psychomoteur normal. Pas de convulsions dans l'enfance. Caractère normal jusqu'à 12 ans ; aucune bizarrerie, pas d'instabilité ni de colères.

Histoire de la maladie. — En 1919, alors qu'il avait 13 ans, il

présente un épisode infectieux léger, s'accompagnant de céphalées violentes, continuelles, de diplopie et d'attaques narcoleptiques assez fréquentes. Deux mois après le début de ces troubles, il est traité à l'hôpital Bretonneau où l'on fait une ponction lombaire et où l'on porte le diagnostic d'encéphalite épidémique.

Mais si les céphalées et la diplopie disparaissent, la somnolence persiste pendant un an au moins et ce, d'une façon très marquée et gênante : il dormait presque toute la journée, ne pouvait se livrer à aucune occupation parce qu'il tombait souvent dans un sommeil profond. Par la suite, il a présenté des crises narcoleptiques, d'une durée moins longue et d'une fréquence moindre. Il entre en apprentissage, mais en même temps la famille remarque un changement notable dans la personnalité du malade : il devient irritable, coléreux, taquin, d'humeur très variable, tantôt très gai et exubérant, tantôt déprimé. Il se dispute continuellement avec ses parents, les ennuie avec des questions inutiles, n'obéit pas. De plus, il parle très mal ; il bégaye, disent-ils, en réalité il a des accès de tachyphémie.

A 17 ans, en 1924, il a sa première « crise » ; elle se produit à la suite d'un choc émotif : réprimande violente du père. C'est une chute brusque avec perte apparente de connaissance et raideur généralisée du corps.

Cependant, les troubles du caractère s'accroissant, ses parents décident de le faire engager dans la marine « pour qu'on vienne à bout de sa forte tête ». Son séjour n'est pas difficile à imaginer : il entasse punitions et réprimandes, on le trouve endormi, même en service ; il ne fera pas moins de 60 jours de prison en 9 mois ; à la fin, « dégoûté des injustices du sort », il fait une tentative de suicide par pendaison. Alors on le réforme pour troubles psychiques. Ceci ne l'empêche pas de se faire engager quelque temps après dans l'armée, et c'est ainsi qu'il part en Syrie comme mécanicien d'aviation, mais son caractère étant le même, il subit à nouveau de nombreuses punitions ; il est trouvé endormi en faction, et enfin il est mis en observation à l'hôpital, où il aura une nouvelle crise, cette fois-ci encore à la suite d'une émotion : maladie grave de sa mère. Il est alors réformé pour « séquelles psychiques d'encéphalite épidémique, caractérisée par de l'hyperémotivité, des alternances de dépression et d'excitation. Inaptitude à la vie militaire ».

Rentré à Paris fin 1927, il travaille comme dessinateur industriel et donne toute satisfaction à ses chefs. Il se marie en 1928, mais « c'est bien la plus grande blague qu'il ait pu faire ; avec son caractère il fallait rester garçon. Le soir, il ne pouvait rester à table sans s'endormir, à midi pareillement et il n'avait aucune conversation, se sentait mou. Par contre, pour un rien, il s'emportait, se mettait en colère, devenait violent ». Au point de vue sexuel il semble avoir eu un comportement normal. Ce sont ses troubles du caractère qui décidèrent sa femme à le quitter. Se voyant seul,

découragé et n'espérant plus rien, N. va louer une chambre à l'hôtel, ouvre le gaz et s'étend, « attendant la mort et le soulagement ». Des voisins alertent la police et on put le conduire à l'hôpital de Saint-Denis, d'où on l'envoya à Henri-Rousselle.

Les crises, qui avaient cessé en 1928, reprirent en janvier 1930, à l'occasion d'un long voyage et d'une émotion. Depuis, il a eu quatre crises au cours de son travail, une tous les quatre mois, à peu près. Celles-ci se sont déclanchées sans choc moral, elles sont toujours du même type : chute brusque, sans les autres signes classiques de la crise comitiale, avec conscience partielle et hypertonie généralisée. Voici ses sensations pendant la crise : « Il sent sa tête se voiler, on dirait qu'il n'a plus rien dedans ; puis il sent quelque chose lui passer sur la face, comme un scuffle et il tombe à peu près sans connaissance. » Il peut donc, dans une certaine mesure, se préparer à la chute, ce qui explique que, jusqu'ici, il ne se soit pas blessé. Après la crise, légère obnubilation et céphalée violente.

Au cours de ces derniers mois, il faut signaler que le malade a grossi de sept kilos, qu'il présente, en outre, un phénomène voisin de la catalepsie : il s'agit de pertes du tonus postural des membres supérieurs : ceux-ci tombent le long du corps et laissent échapper l'objet qu'il serrait entre les mains. Ces phénomènes se sont produits 4 ou 5 fois.

Ce malade fit un premier séjour de dix jours dans le service, pendant lesquels son état dépressif s'améliora notablement ; il reçut une injection intra-rachidienne de 0,70 de salicylate de soude en solution glucosée.

Il travailla très bien et revint spontanément le 9 octobre en réclamant une nouvelle injection intra-rachidienne, car il avait ressenti après la première une grande diminution de la tachyphémie et de l'irritabilité. Sorti le 20 octobre, il est ramené deux jours après, dans une ambulance, solidement maintenu. Voici ce qui s'était passé : ayant repris son travail, il se plaignait de mal de tête, lorsqu'il eut une crise semblable aux autres avec rigidité tonique, conscience encore en partie conservée ; on lui porte secours et lorsqu'il revient à lui, il se met à courir dans tous les sens, semble possédé d'une colère violente et aveugle, frappe sans explication ses collègues. Ceux-ci veulent le maîtriser, mais ne réussissent qu'à augmenter l'excitation et ne peuvent en venir à bout qu'après une lutte sauvage. Il reprend conscience dans l'ambulance et il ne se rend pas compte de ce qui s'est passé, il ne comprend pas pourquoi ses vêtements sont déchirés, sa face tuméfiée. A son arrivée il est profondément désespéré de son état, parle de suicide.

Au cours de ses séjours à l'hôpital on a constaté deux de ces crises, difficiles à classer, qu'on nous a signalées : il s'agit d'une chute soudaine, sans cri initial ; le corps se raidit et demeure immobile, puis sur ce fond de contraction des renforcements survien-

nent, qui portent la tête en hyperextension, les membres inférieurs en extension, les membres supérieurs de même, avec adduction et pronation forcées, réalisant ainsi l'attitude de la rigidité décérébrée. Cet état se maintient pendant cinq minutes environ ; puis le malade revient à lui, se plaint d'une céphalée violente. Il n'a pas de convulsions cloniques, pas de troubles sphinctériens, pas de morsure de la langue.

Le malade a aussi eu dans le service de nombreuses crises narcoleptiques, mais il est facile de le réveiller et de l'empêcher de se rendormir. La nuit, fréquemment, il a des crises sudorales.

Etat actuel. — Le malade est lucide, conscient, se rend parfaitement compte de son état et en est très affecté. On ne relève pas de troubles du fond mental, mais des troubles du caractère qui le rendent insupportable, au sens exact du mot : irritabilité, petites violences impulsives et, en particulier, cette importunité reconnue par de nombreux auteurs et rapportée dans les noms les plus divers (1).

Apparence un peu figée du regard, rareté du clignement, expressivité pauvre du visage, asymétrie faciale (hémiface gauche atone), aspect gras et luisant de la peau du visage. On est de suite frappé par la parole, tant elle est typique, d'une tachyphémie post-encéphalitique. La phrase est bien commencée, mais aussitôt c'est une avalanche de mots bredouillés, chevauchant les uns sur les autres, rendant le tout complètement incompréhensible. Cette tachyphémie s'accompagne de tremblement très net des orbiculaires des lèvres, de la langue, et il diffuse aux joues. Il existe fréquemment des secousses myocloniques du sourcilier gauche.

La marche est normale, elle s'accompagne d'un balancement normal des bras. De même, le mouvement automatique des bras, lorsqu'on renverse en arrière le sujet assis, est conservé.

Tremblement menu et très rapide des doigts, très augmenté par l'émotion. Légère instabilité de la langue au repos. On ne relève pas de contraction appréciable, pas d'hypertonie au repos : ni signe de la roue dentée, ni réflexes de posture. Pas de micrographie. Défaut de la convergence : diplopie croisée. Quelques secousses nystagmiques dans le regard extrême en haut et en bas. Pas de signes labyrinthiques. Ajoutons que l'épreuve de l'hyperpnée n'a pas déclenché de crise.

La tension artérielle est de 15/9, indice 2, au Pachon. Il n'y a rien à signaler dans les autres appareils de l'économie ; particulière-

(1) Obséquiosité crasseuse et impertinente (Leyser). Importunité naïve (Stern), assidue (Menger), chicanose (Jörger), acaïrie (Azwasaturow), affectivité collante (Repond), crampoïde (Simons), épileptoïde (Steck), attitude collante (Fleck et Kant) [cités en partie d'après STECK, *Arch. Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1931, fasc. 1].

ment, on ne relève pas d'autres signes que l'obésité rapide traduisant l'atteinte du tuber.

Examens humoraux. — Le Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien est négatif ; l'urée sanguine est normale ; la glycémie est de 0,9 ; le pH de 7,3 et la réserve alcaline 64,9. Deux ponctions lombaires ont été faites : le 4 juillet et le 11 octobre : les résultats en sont normaux. La glycorachie est de 0,64.

Il s'agit, en résumé, d'un sujet ayant eu, en 1919, une encéphalite oculo-léthargique typique, qui présente, outre les troubles psychiques (deux tentatives de suicide), un ensemble de signes réalisant l'apparence d'un syndrome de Gélinau : narcolepsie, cataplexie, légère obésité ; et d'autre part des crises comportant une chute, la disparition partielle de la conscience, immédiatement suivies d'attaques toniques généralisées avec « renforcements » qui réalisent le tableau de la rigidité décérébrée. L'intérêt de ce cas nous paraît donc résider surtout dans la présence de ces accès toniques s'accompagnant de crises de fureur et alternant avec des phénomènes cataplectiques.

Ces crises toniques sont survenues dix fois en 5 ans ; elles sont apparues 7 ans après l'encéphalite, elles augmentent de fréquence, puisque nous relevons quatre crises dans les derniers six mois ; elles surviennent brusquement, mais le malade ressent avant un malaise vague ; immédiatement elles entraînent une perte notable de conscience et un état de contracture tonique qui dure cinq minutes en général. Sur ce fond de rigidité surviennent des renforcements, de véritables *tonic fits* qui figent le corps dans une attitude de décérébration. Ces attaques laissent de l'amnésie et une céphalée violente.

De quoi s'agit-il ? Nous ne croyons pas que ce soient des crises comitiales typiques. Les éléments de la crise comitiale classique manquent : pas de cri initial, pas de mouvements cloniques, pas de morsure de la langue ni de troubles sphinctériens. L'épreuve de l'hyperpnée est négative ; sans attacher une importance décisive à cette épreuve, il nous semble que c'est là un argument de plus contre la nature purement comitiale de ces accès.

Il ne s'agit pas non plus, croyons-nous, du syndrome comitio-parkinsonien tel que l'entendent MM. Marchand et Courtois (1), c'est-à-dire d'un « état caractérisé par l'association de trois élé-

(1) COURTOIS. — Syndrome comitio-parkinsonien. Thèse Paris, 1928. — MARCHAND et COURTOIS. — De l'épilepsie dite « sous-corticale »... *Revue Neurologique*, 1929, II, p. 31.

ments : débilité mentale, épilepsie et parkinsonisme, coexistant ou se succédant ». La définition même de ce syndrome permet de l'éliminer. D'autre part on ne peut pas non plus assimiler ce cas à l'épilepsie de type syncopal : en effet il ne s'agit pas de syncopes s'accompagnant d'un état de relâchement musculaire ; c'est au contraire un état tonique qui prime chez notre malade.

Le tableau physique qu'il montre rentre dans le vaste cadre des états appelés de façon peut-être prématurée épilepsie « extra-pyramidale » ou « striée » ou encore « sous-corticale » (1), qui comprend une série d'états divers au cours desquels on voit des crises toniques et motrices s'accompagnant de signes neurologiques et paraissant dépendre des noyaux gris de la base et de la région mésencéphalo-sous-optique. Il s'agit, en général, de crises toniques, et la majorité des auteurs considèrent que dans la crise comitiale l'élément tonique est sous-cortical, tandis que l'élément clonique est cortical : ils concluent donc logiquement que dans l'épilepsie dite sous-corticale, l'élément tonique est prévalent.

On peut grouper, avec Marchand et Courtois, en trois classes, les états variés compris sous le terme d'épilepsie sous-corticale.

Dans un premier groupe il s'agit de crises toniques plus ou moins localisées, de durée variable, ne s'accompagnant pas de perte de la conscience (spasme de torsion, torticollis spasmodique, crises oculogyres, accès de tremblement, crises myocloniques) ; on admet en général qu'il s'agit dans ces cas d'un paroxysme plus ou moins localisé de l'hypertonie. Dans un second groupe (rigidité décérébrée, myoclonie épileptique ou maladie d'Unverricht, épilepsie choréïque ; épilepsie statique de Ramsay Hunt ; *cerebellar fits* de Jackson ; cataplexie, pycnolepsie), il s'agit de phénomènes toniques généralisés s'accompagnant en général de perte de la conscience ou d'obnubilation intellectuelle. On admet que ces attaques toniques sont dues à la désinhibition des centres tonigènes et statiques du mésencéphale. Enfin dans un troisième groupe (crises épileptiques chez des encéphalitiques, syndrome comitio-parkinsonien), les crises ont une symptomatologie presque superposable à l'épilepsie classique ; et c'est seulement la co-existence, à l'état intercalaire, de signes parkinsoniens, qui permet la différenciation.

*
**

(1) Bibliographie in MARCHAND et COURTOIS. *loc. cit.* — Voir aussi J.-M. DE VILLAVARDE. *L'Encéphale*, 1930, p. 199,

C'est dans le second groupe qu'il faudrait ranger notre malade, encore qu'il ne puisse pas être classé dans l'épilepsie statique. Ses crises peuvent être rapprochées des *cerebellar Fits* de Jackson.

Sous le nom d'épilepsie statique, Ramsay Hunt a décrit des attaques caractérisées par la suspension brusque et immédiate du tonus postural, entraînant la chute soudaine et brutale, sans convulsions, mais s'accompagnant souvent de perte de la conscience plus ou moins durable ; elles seraient dues à un trouble fonctionnel du système tonique cérébello-mésencéphalo-strié.

Quant aux *cerebellar Fits* ce sont des attaques toniques, entraînant la chute et une hyperextension du tronc, avec adduction et pronation forcée des membres supérieurs, c'est-à-dire, la rigidité dite décérébrée ; elles ne s'accompagnent pas en général de perte de la conscience : on les observe dans les lésions du mésencéphale et de la protubérance.

En dernière analyse, nous croyons donc qu'il s'agit, dans le cas de R. N., d'attaques toniques, de *cerebellar Fits de Jackson d'origine encéphalitique*. L'origine infectieuse d'un tel syndrome nous paraît à retenir, car à notre connaissance on n'a trouvé, jusqu'ici, comme facteurs étiologiques de ces attaques, que les tumeurs, hémorragies et ramollissements de la région. On notera aussi l'absence d'hypertonie entre les crises, le caractère incomplet du parkinsonisme chez ce malade sujet à ces violentes crises toniques généralisées.

L'apparition, ces temps derniers, d'une obésité caractéristique, de phénomènes cataplectiques et la reprise de la narcolepsie montrent qu'il s'agit chez ce malade d'une encéphalite encore en évolution et à localisation surtout méso-diencéphalique. Quant au mécanisme même des crises, faut-il y voir des troubles passagers du tonus sous l'influence des lésions encéphalitiques en activité ainsi que l'admet Wimmer ? Il s'agit très probablement de phénomènes de libération étagés des centres toniques striés et mésencéphaliques. Et bien que les attaques toniques et les phénomènes cataplectiques paraissent complètement opposés, ces deux groupements de symptômes sont dus probablement à un même mécanisme, mais intervenant en sens opposé : dans la cataplexie il s'agit en effet d'une perte soudaine du tonus postural, dans les attaques toniques de son exagération par libération des centres tonigènes mésencéphalo-cérébelleux. Il nous semble qu'à l'exemple des animaux de Sherrington, l'on puisse admettre que chez notre malade il se produit l'équivalent d'une

transection physiologique (si l'on nous permet l'expression), libérant les centres tonigènes mésentéphaliques (noyau rouge...) du contrôle strié et cortical.

Pour ce qui est des crises de fureur, on ne peut s'empêcher de les rapprocher des crises de fureur des épileptiques. C'est là un fait qui a été déjà signalé ; il y a longtemps que Steck (1), que Wimmer (2), que l'un de nous (3), bien d'autres encore, ont insisté sur la parenté du caractère des encéphalitiques et des comitiaux.

On ne peut s'empêcher de penser, en face du tableau présenté par le malade, que les accès toniques et les crises de fureur, survenant de façon concomitante, ont une même pathogénie. Si l'on admet avec nous que les attaques toniques de ce malade sont à différencier des crises corticales d'épilepsie, on considérera les crises de fureur comme également d'origine sous-corticale.

M. MARCHAND. — La fureur est un mode de réaction à diverses lésions essentiellement différentes : encéphalites, corticalites, méningites, tumeurs, artériopathies, etc... Dans le cas actuel, il semble s'agir de lésions sous-corticales ou mésocéphaliques. Quant à l'épilepsie, elle ne constitue pas une maladie mais un syndrome dépendant lui aussi de conditions différentes.

M. Henri CLAUDE. — Je crois qu'il faut entendre par épilepsie la dissociation brutalement apparue des fonctions psychomotrices, la rupture brusque de l'état psychomoteur antérieur. Cette dissociation peut être totale ou parcellaire et l'étendue des domaines de l'activité intéressés commande l'étendue des troubles produits que des discriminateurs trop subtils divisent en cataplexie, attaques paratoniques, psycholepsie, etc. Quand un malade perd connaissance, c'est que la sphère intellectuelle est atteinte et le terme épilepsie striée est inexact. En réalité, à la suite d'une encéphalite, on peut voir apparaître tous les degrés de l'épilepsie, depuis la plus atténuée jusqu'à la plus complète.

M. SCHIFF. — Ce cas prouve que l'épilepsie post-encéphalitique existe, et montre que cette épilepsie peut se manifester presque uniquement par le tableau de la rigidité décérébrée.

(1) *Arch. Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XV, fasc. I, 1924.

(2) *Revue Neurologique*, 1927, p. 269.

(3) *L'Encéphale*, 1928, p. 329. — *Ibid.* 1931, p. 154. — *Ann. Médico-Psychologiques*, 1931, p. 310.

Régression tardive d'une paralysie générale impaludée,
par MM. Paul COURBON et J. TUSQUES.

La malade que nous présentons nous a paru intéressante par la régression de sa paralysie générale survenant près de deux ans après une double impaludation.

Cette malade, âgée de 27 ans, est entrée à Ste-Anne le 7 septembre 1928, avec des certificats signés de MM. Marchand et Targowla, concluant à la paralysie générale. Les examens biologiques effectués à l'hôpital Henri-Rousselle donnaient à ce moment les renseignements suivants : B.-W. positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Dans le liquide céphalo-rachidien : leucocytes : 8 par mm³. Tension : 0,40. Réactions de Weichbrodt et Pandey positives. Réaction du benjoin : 12222.22222.2100. Réaction de l'élixir parégorique positive.

A la clinique de Ste-Anne, le diagnostic de paralysie générale fut confirmé. La malade y resta jusqu'à son transfert à Vacluse, le 3 avril 1930 et voici les seuls renseignements que nous ayons pu recueillir sur le traitement qu'elle y subit. Une première impaludation eut lieu le 9 septembre 1928 et produisit 9 accès. Une seconde eut lieu le 27 février 1930 et produisit 7 accès. De janvier à mars 1929, elle reçut des piqûres de Quinby et de sulfarsénol.

Aucune régression des troubles mentaux ni même aucune sédation de l'agitation ne furent constatées. Elle fut donc transférée à l'asile de Vacluse dans un état démentiel complet, comme en fait foi le certificat du D^r Morlhas du 31 mars 1930 : « Paralysie générale. Deux impaludations depuis un an, excitation sans arrêt, état démentiel complet, boulimie. »

Le certificat rédigé à son arrivée par M. Courbon 4 jours après, confirme ce diagnostic : « Syndrome d'incohérence démentielle avec agitation motrice. A maintenir. »

Etant donné, d'une part, l'échec de ces deux impaludations signalées dans le certificat de la clinique, et, d'autre part, l'extrême encombrement du service, on considéra la malade comme incurable et on la rangea dans la catégorie de celles pour qui on se contente d'administrer un traitement symptomatique.

Placée dans la section des agitées, elle y reçut des injections de somnifène chaque fois que la véhémence de ses réactions l'exigeait. Du 2 mai 1930 au 26 juillet suivant, elle reçut une piqûre quotidienne de 2 cm³ de somnifène. A cette date, une simple irritabilité d'humeur ayant succédé à l'agitation, on suspendit tout traitement, mais la malade resta au même quartier pendant plus d'un an encore à cause de son impulsivité, de son indifférence, de sa malpropreté, de sa désorientation et de son incohérence.

Ce n'est qu'à la fin de l'été 1931 que peu à peu apparurent la

lucidité, la curiosité et le goût du travail. Le 2 septembre dernier, sur sa demande, et quoique encore affligée de défaillances considérables de la mémoire et du jugement, elle était incapable de dire les raisons de sa présence à l'asile et le rôle de celui-ci, on la mettait au quartier des travailleuses. Elle y fut employée à la cuisine et s'acquitta de ses fonctions avec un rendement croissant.

A l'heure actuelle, elle a la conduite d'une ouvrière normale. Elle se rend compte d'avoir perdu la tête, trouve très judicieux son placement dans une maison d'aliénées, est reconnaissante des bons soins qu'elle y a reçus et demande à en sortir pour reprendre sa vie de couturière. Elle connaît avec exactitude les dates de sa naissance, de son mariage, de son internement. Elle a supporté, avec des réactions affectives très normales l'annonce de la mort de son père survenue il y a 15 jours. Elle en a un gros chagrin, car il fut toujours bon pour elle et les siens. Il éleva bien ses enfants quoique pauvre ouvrier, fut le premier à la reprendre à son foyer elle-même quand son mari ivrogne la brutalisait. Elle a hâte de revenir auprès de sa mère pour remplacer le père défunt. Elle est si sensée, si docile, que l'on va en effet lui accorder sa sortie que réclament également sa mère et sa sœur en promettant de veiller sur elle.

Cette dernière condition nous l'estimons indispensable, car l'amélioration mentale, quoique très considérable, n'équivaut pas à une guérison. Il y a encore une paresse intellectuelle, une passivité, des défaillances de la mémoire, un manque d'initiative. Depuis plusieurs semaines on recule, sans provoquer son impatience, la date de sa sortie. Livrée à elle-même, elle serait d'une suggestibilité dange-reuse.

Au point de vue physique, elle conserve du tremblement de la langue, une légère difformité de la pupille gauche. Malheureusement, tous nos efforts pour réussir chez elle la ponction lombaire ont échoué devant l'épaisseur de son pannicule adipeux. Elle a engrais-sé de 14 kilos depuis son arrivée.

En résumé il s'agit d'une régression considérable de l'état dementiel chez une paralytique générale.

L'intérêt du cas résulte uniquement dans la date de cette régression, qui, apparue spontanément près de 2 ans après la seconde impaludation thérapeutique, est, peut-être, indépendante de la malariathérapie.

La conclusion pratique qui en découle est de ne pas considérer comme fatalement incurable la paralysie générale que l'impaludation n'a pas immédiatement améliorée.

La malade introduite a une conduite et des réponses adaptées et réclame sa sortie.

M. HENRI CLAUDE. — La transformation physique et mentale de cette femme dont je me souviens bien est vraiment surprenante. Pendant tout son séjour à la clinique, elle ne fit que hurler et que dévorer. Malgré cette voracité elle était dans un état cachectique extrême, tandis que maintenant elle est grasse, calme et raisonnable.

Bien que la régression ait été exceptionnellement tardive, on ne peut pas affirmer que le remaniement biologique opéré par la malariathérapie n'y fut pour rien.

M. LE GUILLANT. — Je me souviens que sur cette malade on pratiqua une biopsie qui fut positive et deux ponctions lombaires. La dernière montra une grosse amélioration de la formule. En outre, s'il est vrai qu'elle fut très longtemps agitée, elle était arrivée au début dans un état de dépression avec ébauche de syndrome de Cotard. Cet élément cyclothymique diminue donc la surprise de cette régression, car les troubles démentiels étaient relativement peu marqués.

M. COURBON. — Le certificat de transfert de la clinique à Vaucluse signale « état démentiel complet », et pendant longtemps elle présenta chez nous une grosse perte du jugement et de la mémoire. Jamais elle ne fut déprimée.

Troubles du langage écrit chez une paranoïaque présentant des éléments délirants du type paranoïde (schizographie),
par MM. J. LÉVY-VALENSI, Pierre MIGAULT et Jacques LACAN.

Résumé : Malade âgée de 35 ans, observée dans le service de la Clinique depuis 10 mois, et dont les grandes lignes cliniques sont les suivantes :

1° Tendances caractérologiques et comportement social de paranoïaque.

2° Délire actuel mixte. Au premier plan, un délire du type revendicateur (réclamations et démarches réitérées contre de pseudo-injustices, dans un examen auquel la malade s'est présentée neuf fois sans succès) ; au second plan, des éléments nettement paranoïdes, faits d'intuitions, d'inspirations, de sentiment d'influence, de phénomènes hallucinatoires extrêmement élémentaires, tous phénomènes étant à la base d'une construction délirante singulièrement floue et diffuse, à thèmes mégalomane et de persécution.

3° Une production extrêmement active d'écrits pour la plupart entièrement incohérents, contrastant avec le caractère absolument normal du langage parlé et l'intégrité des fonctions intellectuelles élémentaires.

Le mécanisme de ces écrits est constant, reproduisant celui du segment paranoïde du délire : inspiration et interprétation secondaire.

C'est à cette dissociation entre les discours verbal et écrit, à mécanisme précis, que les auteurs ont pensé pouvoir réserver le terme de Schizographie.

Cette communication sera publiée *in extenso*, comme Mémoire original, dans un prochain numéro des *Annales Médico-Psychologiques*.

La malade introduite écoute attentivement la discussion et interrompt fréquemment les orateurs pour contester habilement leurs dires et protester contre sa réputation d'aliénée.

Mme THUILIER-LANDRY. — Chez les déments paranoïdes objets de ma thèse, le trouble du langage écrit avait été antérieur aux troubles du langage oral. Ils ne convenaient pas non plus, à l'inverse de celle-ci, de l'anomalie des parties incohérentes de leurs écrits qu'on leur signalait. En dehors de l'inintelligibilité des idées écrites, il y avait des troubles calligraphiques. Souvent j'ai vu l'incohérence orale et graphique se manifester à la suite d'une longue période de mutisme réticent.

M. COURBON. — La dialectique parfaitement opportune et la tension de l'intérêt pour la discussion dont a fait preuve la malade devant nous ne sont pas à la portée d'un dément. Elle a de l'incohérence dans son délire, mais une cohérence parfaite dans son adaptation à la situation. L'épithète paranoïaque lui conviendrait mieux que celle de paranoïde.

M. Henri CLAUDE. — Elle écrit comme une paranoïde, mais elle parle comme une paranoïaque. Le plus souvent, les écrits de nos malades sont moins révélateurs de leur psychose que leur langage. De là vient que si souvent les gens à qui ils écrivent pour protester contre leur internement croient arbitraire leur séquestration.

Mais les modes de la dissociation du langage sont les plus variés, portant électivement tantôt sur tel thème particulier de discours, tantôt sur telles circonstances où le discours a lieu.

M. LÉVY-VALENSI. — C'est précisément par ce mélange de signes de validité et d'invalidité mentale qui empêche de la classer nosologiquement, que cette malade est intéressante. Le terme de schizographie nous semble la meilleure étiquette à donner au trouble de ses écrits.

Remarques sur les conditions psychologiques précédant l'installation d'un état de catatonie, par MM. H. CLAUDE et S. NACHT.

L'observation que nous apportons ici nous paraît constituer un document de plus à l'appui des conceptions de l'un de nous concernant la nécessité clinique de diviser en deux groupes les affections réunies jadis dans le cadre de la *Démence précoce*.

La *Démence précoce, type Morel*, affection évoluant relativement rapidement vers l'état catatonique, maladie sans doute entièrement organique dans le sens grossier de ce mot : origine probablement toxique ou infectieuse et absence de contenu psychologique.

La *Schizophrénie*, affection évoluant lentement sur un terrain et un fond psycho-affectif caractéristique et dont l'aboutissant semble être constitué par la dissociation schizophrénique plus ou moins prononcée, la catatonie même. C'est sur ce fond psycho-affectif spécial que nous voudrions attirer à nouveau l'attention en présentant ce cas.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un état de D. P. constitué qu'il s'agisse d'une Démence Précoce type Morel ou d'une schizophrénie, le tableau clinique est souvent tellement superposable que l'on a à juste titre apparemment raison de douter de la réalité de ces deux groupes distincts.

Mais lorsque les circonstances permettent une étude approfondie de ces malades, on se trouve en présence de faits si différents, de vies si particulières et d'évolution si spéciale, que cette distinction devient légitime et s'impose.

On trouvera presque toujours, sinon toujours, chez celle ou celui qui deviendra schizophrène, une série de traits de comportements caractéristiques. Très tôt dans l'enfance, sensibilité exagérée, une grande capacité de souffrir, une impossibilité à s'adapter à la réalité, à accepter les duretés de la vie, une continuelle déception, qui amènera progressivement le repliement sur soi-même, au bout duquel l'autisme constitué, marquera l'abandon de la lutte trop difficile.

Voici maintenant notre observation.

Mlle X., âgée de 24 ans, entrant le 26-8-31 dans le service dans un état caractéristique et facile à résumer : maigreur extrême (état cachectique, avait-on noté sur son observation), *refus d'aliments, mutisme incoercible, opposition aux mouvements, négativisme, conservation des attitudes*. En plus, on pouvait noter *des secousses*

nystagmiformes dans le regard latéral et quelques troubles végétatifs ; transpirations abondantes, rougeurs par bouffées, et un réflexe solaire fortement exagéré.

L'examen du métabolisme basal montrait une diminution de 20 0/0 du taux normal.

Depuis son entrée, l'état de cette malade est resté sensiblement le même. Rien n'a pu vaincre ni son mutisme, ni son négativisme.

Des récits familiaux faits par son frère ont provoqué quelques réactions affectives. De même, la visite de sa mère qu'elle n'avait pas vue depuis son entrée dans le service (6 semaines), a provoqué un état affectif intense mais de courte durée évidente : quelques minutes pendant lesquelles la malade riait et pleurait en se cachant le visage dans ses mains et disant : *maman, maman !*

Devant ce tableau clinique banal de catatonie comme il y en a tant dans tous les asiles, il ne semble pas qu'il y ait quelque chose à dire.

Cependant, si nous vous apportons ici cette observation, c'est que nous avons pu, grâce à des renseignements précis fournis par le frère de la malade, étudiant en médecine, dresser un tableau de la vie de notre malade depuis sa plus tendre enfance jusqu'à son entrée dans l'état catatonique. Et c'est dans le récit de cette existence avant la maladie que réside l'intérêt de ce cas. On n'a pas le droit de faire abstraction du passé de cette malade, et dès lors il est difficile de s'empêcher de constater que l'état actuel apparaît comme un aboutissant logique en quelque sorte, d'une série de luttes et de conflits.

Voici ce que nous savons sur cette malade :

Jusqu'à l'âge de 8 ans, rien de spécial n'avait attiré l'attention sur elle ; c'était une petite fille intelligente, vivante, aimant le jeu, bref normale. Puis, brusquement, vers cette époque, éclatent les premiers troubles névrotiques. Une nuit : cris violents et inarticulés, mouvements comme si la petite voulait se débattre contre une image pénible. Tout se calma par l'approche des parents qui la calmèrent en la berçant. Les crises se répétèrent pendant plusieurs mois puis disparurent. L'enfant avait raconté qu'au début des crises elle éprouvait une sensation de constriction dans la gorge (angoisse). Après la disparition de ses crises, petit à petit, elle changea, devint moins expansive, moins exubérante, se concentrant sur elle-même, semblant avoir dès cet âge une vie intérieure intense. On notait, dès ce moment, une grande disposition à la rêverie et de réels dons pour la musique et la poésie. Ces traits s'accrochèrent si bien que, vers 10-12 ans, on pouvait déjà dire d'elle, qu'elle « vivait en marge de la vie », selon l'expression de son frère.

« En effet, dit-il, elle commença dès cette époque à revêtir toute chose d'un caractère poétique — si j'ose dire, — à ne pas admettre les faits banaux de l'existence dans leur simplicité (dans leur réalité, dirions-nous), mais à les revêtir d'un sens artistique. Et si, par hasard, un fait brutal se présentait à elle, elle était toute désemparée. »

Il semble que dès cet âge il lui fut impossible de s'adapter à la réalité, tout était pour elle une source de déception, ainsi que nous le verrons plus loin dans les propos notés par la malade elle-même et que nous avons pu avoir.

Tout était source de souffrance : sa mise modeste, l'entourage de ses camarades de cours, une réprimande légère mais injuste. Cette sensibilité extrême l'amena à développer de plus en plus sa vie intérieure dans laquelle elle s'enfermait davantage. *« Cette vie était toute baignée d'aspirations vers la perfection. »*, ce sont les propres mots de la malade, d'après son frère.

Elle aurait désiré entrer en religion à cette époque. Puis survint la mort de son père (16 ans), et là se situe le début de la maladie.

Depuis longtemps, le père de la malade était tuberculeux. Deux mois avant sa mort elle aurait désiré intensément voir son père, mais cela ne fut pas possible et elle en souffrit beaucoup. Lorsqu'elle vit son père mort, contrairement à ce que l'on attendait autour d'elle, elle ne parut pas troublée outre mesure. Cependant, dans ses notes, nous trouvons ce bout de phrase : « Je sentais en moi trop de passions depuis mon enfance, après la mort de papa, j'ai voulu réparer tout mon passé d'enfant. ». Le sentiment de culpabilité semble dominer dès cette époque sa pensée, avec des idées d'auto-accusation presque constantes et un sentiment d'inquiétude qui ne la quittera plus jamais. Puis, brusquement, au cours d'une promenade — elle a 18 ans à ce moment —, donc il y a 6 ans, elle s'immobilise, ses jambes « paralysées », dit son frère ; elle ne peut avancer qu'avec grand-peine, en faisant glisser ses jambes de quelques centimètres sur le sol. Ramenée chez elle, tout rentre dans l'ordre au bout d'une heure.

Mais ces accidents se répètent assez souvent. On fait une radiographie de la colonne vertébrale qui ne révèle rien d'anormal. En même temps que ces accidents moteurs, d'autres troubles s'installent : insomnie, céphalée, vide dans la tête, irritabilité, caractère changeant, tantôt enthousiaste, tantôt déprimée.

Puis, des préoccupations spéciales s'installent ; elle discute avec elle-même et les autres de la religion, de la vertu.

A ce moment, elle est vue par un médecin qui fait le diagnostic d'encéphalite épidémique (?) et pendant longtemps on lui fera des injections de septicémine sans résultat aucun, ni pour les troubles moteurs ni pour les troubles psychiques. De plus en plus, en dehors des moments où elle extériorise ses préoccupations et ses scrupules,

elle s'enfonce dans « un rêve éveillé », l'expression est du frère de la malade.

Elle a 22 ans, un jour elle tombe dans sa chambre sans perdre connaissance, mais incapable de faire le moindre mouvement.

Transportée dans un lit, elle reste inerte, les membres, lorsqu'ils étaient soulevés, retombant flasques. Une ponction lombaire, pratiquée à ce moment, se montre négative, sauf un très léger excès de sucre et d'albumine.

Mais, à partir de ce moment, elle ne peut plus marcher et ne quitte plus le lit, mutisme, opposition, ambivalence, on abandonne le diagnostic d'encéphalite épidémique et on pense au *pithiatisme*. Elle est conduite dans une maison de santé où, sous l'influence psychothérapique (inspirée de la psychanalyse), s'opère une véritable transformation. Elle quitte rapidement le lit, sort, se promène, ne discute plus avec elle-même, semble vivre normalement pendant quelques mois, puisqu'elle peut pendant quelque temps suivre même des cours à la Faculté de Grenoble.

Puis, survient un début d'aventure amoureuse devant laquelle elle réagit par un violent sentiment de culpabilité et elle retombe rapidement. Elle ne peut plus sortir, garde le lit, est triste, pleure, se déclare « *murée vivante* ». A partir de ce moment, les choses vont de plus en plus mal. Elle se renferme petit à petit en elle-même, se replie, cesse de manger, de parler, ne peut plus marcher que par à-coups, se raidit. Elle devient une catatonique à 25 ans.

Mais à peine quelques mois avant, elle écrivait des phrases comme celles-ci qui résument lumineusement tout le problème angoissant de cette existence :

« ...Dès ma petite enfance je vivais en moi-même et le moindre événement contraire à ma vie intérieure était un choc.

« Je me suis lentement fermée à la vie, en ayant conscience de mon suicide, quand je voulais me relever je m'enfonçais davantage dans la nuit, chaque événement était une arme que je retournais contre moi-même... »

Telle est l'histoire de cette malade qui réunit les traits caractéristiques que nous rappelions au début.

En plus il y a chez elle ce sentiment de culpabilité qui semble avoir été déclenché par la mort du père et qui paraît avoir d'ailleurs précipité l'évolution. Que s'est-il passé à ce moment-là, nous ne le savons pas.

Il semble — d'après les dires du frère de la malade — qu'une psychothérapie inspirée des données psychanalytiques, pratiquée au moment où cette malade avait eu pour la première fois quelques mois de vie plus normale, aurait révélé une forte fixation œdipienne au père. Mais nous n'en savons pas plus à ce sujet,

donc sous peine de nous lancer dans des hypothèses, il faut nous contenter de signaler ce fait.

Nous pensons cependant que seule une investigation inspirée des connaissances acquises par la psychanalyse des effets profonds, sur la vie et le développement psycho-affectif, produits par les conflits de l'enfance, pourrait expliquer et — à condition que ce soit fait à temps — enrayer ces états.

Ce qu'avait tenté d'ailleurs Bleuler, le premier.

M. TINEL. — Je m'étonne que dans la longue discussion qu'il vient de faire sur cette malade, M. Nacht n'ait pas fait arguments des multiples et énormes troubles végétatifs et biologiques qu'elle présente. En septembre dernier, à son arrivée, sa tension était de 9 et 3. Par l'adrénaline on l'a montée à 11 et 4. Sa maigreur, malgré la suralimentation, reste extrême. Quand on l'observe dans le calme, on note une instabilité et une variabilité excessive de maintes réactions : tantôt elle présente une mydriase extrême, tantôt un myosis relatif. Le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire changent de rythme d'un moment à l'autre. Son pouls se ralentit jusqu'à 54 ou 56 ou s'accélère. Des crises de sueurs profuses apparaissent et disparaissent. Je ne comprends pas comment de semblables réactions peuvent s'expliquer par la psychogénèse.

M. HEUYER. — Comme à M. Tinel, la longue histoire psychologique de l'enfance et de l'adolescence de cette cachectique me paraît sans le moindre rapport avec son état physique. Les parents romancent, plus ou moins, inconsciemment ou non, le récit des antécédents que le médecin leur demande. A travers le récit qui nous fut fait on ne peut se faire un diagnostic ; on croit démêler qu'elle traversa des phases de dépression, qu'elle eut des réactions pithiatiques, qu'enfin elle eut une atteinte organique d'encéphalite avec hyperalbumine. Au total, on démêle des troubles physiques et des troubles mentaux. Eh bien, ceux-ci sont l'effet de la maladie et non sa cause.

M. Henri BARUK. — Il est en effet assez fréquent de retrouver dans les antécédents des catatoniques et des déments précoces des particularités psychologiques un peu spéciales : tendance à l'isolement, sensibilité excessive, réactions psychiques et émotives disproportionnées, parfois tristesse, etc... C'est sur ce fond mental, déjà un peu pathologique, qu'apparaît parfois le syndrome catatonique, si bien qu'on pourrait avoir l'impression au premier abord que la catatonie n'est que l'aboutissant logique de dispositions constitutionnelles.

Je crois, par contre, que les troubles psychologiques en question, loin d'être primitifs, sont déjà la traduction d'une déficience ou tout au moins d'une fragilité du système nerveux dont l'atteinte ultérieure déterminera la catatonie. D'ailleurs, le même terrain psychologique précède très souvent l'éclosion d'autres maladies cérébrales, en particulier de l'épilepsie et de l'encéphalite léthargique. Dans cette dernière affection notamment, on peut mettre en évidence, fréquemment, dans le passé des malades, certaines particularités psychiques ébauchées qui sont ensuite considérablement renforcées à la suite de l'épisode infectieux. Aussi, lorsque cet épisode infectieux a passé inaperçu, ce qui n'est pas rare, la maladie pourrait également donner, au premier abord, l'apparence d'être due au développement logique de tendances constitutionnelles et on pourrait aussi, à première vue, lui attribuer une origine psychologique si les stigmates neurologiques (parkinson, etc.), ne venaient témoigner de sa nature organique.

De même que les divers troubles mentaux de l'épilepsie et de l'encéphalite léthargique, le syndrome catatonique ne peut se concevoir, à notre avis, que comme impliquant nécessairement une atteinte cérébrale. Seulement, en pareil cas, cette atteinte cérébrale, au lieu de se limiter, comme dans les lésions organiques classiques, à des signes rigoureux de localisation neurologique, se traduit surtout par des troubles de l'activité et du déroulement psychique. Le malade subit un engourdissement spécial, qui tantôt le saisit brutalement, comme dans certaines formes d'épilepsie, tantôt l'envahit plus progressivement, comme dans la catatonie, mais qui, dans les deux cas, peut suspendre son initiative motrice et le « mure malgré lui hors de la réalité ». A côté de cet engourdissement spécial que nous avons étudié avec M. Claude sous le nom de sommeil cataleptique, on note souvent un déroulement automatique et incoercible de la pensée auquel le sujet peut assister sans pouvoir le contrôler.

Or, toutes ces perturbations du mécanisme intime de la pensée qui se retrouvent aussi bien dans l'épilepsie et dans l'encéphalite léthargique que dans la catatonie, ne sont pas la cause, mais la conséquence de la maladie, et représentent une modalité très importante de troubles du système nerveux central.

Ainsi, malgré leur fausse apparence volontaire, malgré la complexité de leur contenu psychologique, les éléments du syndrome catatonique relèvent d'une *cause organique*. Ce sont là les troubles *psychomoteurs d'origine cérébrale* que nous avons étudiés avec M. Claude.

D'ailleurs, l'existence si fréquente de catatonies symptomatiques liées à des intoxications, des toxi-infections diverses et même à d'autres atteintes cérébrales (tumeurs cérébrales, etc...), d'autre part la reproduction expérimentale par la bulbocapnine de tous les éléments du syndrome catatonique, tous ces faits montrent de toute évidence, à notre avis, que *le syndrome catatonique est un signe de souffrance du système nerveux central* et que, comme le pressentait déjà Kahlbaum, *la catatonie est une maladie cérébrale*.

M. Achille DELMAS. — Dans le passé de cette malade, comme dans celui de la plupart des malades étiquetés schizophrènes, on retrouve deux états habituels : un état dépressif et un état hyperémotif. C'est là deux conditions qui suffisent à entraver l'adaptation de l'individu et à hausser en conflits les difficultés de la vie. Ainsi se crée l'autisme. Mais cet état mental autistique est un effet non une cause de la maladie. En cela je pense comme les trois précédents orateurs. Quant à l'état catatonique de cette malade, il paraît se rapprocher plus de la stupeur mélancolique que de la stupidité des anciens auteurs et par conséquent il pourrait disparaître.

M. MARCHAND. — Si j'en crois mon expérience, cette femme doit avoir les mêmes grosses lésions que celles constatées chez les malades ayant la même évolution clinique, lésions réparties dans le bulbe, le cortex et la couche sous-corticale des lobes frontaux. J'ai le souvenir de l'autopsie d'une femme morte à 45 ans après avoir été reconnue bizarre mentalement à l'âge de 3 ans.

M. NACHT. — La supériorité de la psychanalyse sur la clinique ordinaire est de trouver non pas simplement des symptômes mais encore des causes. Les troubles signalés par M. Tinel sont consignés dans l'observation, mais je ne pouvais pas m'en servir comme arguments dans la discussion. Je rappelle à M. Baruk un malade que j'ai examiné avec lui et sur lequel nous étions d'accord en ce qui concerne les symptômes, notamment une stéréotypie qui consistait dans le fait de faire saillir les biceps en prononçant les mots : « fort, il faut être fort ». Eh bien, la psychanalyse me permit de découvrir la cause de cette stéréotypie. Il avait fait son service au Maroc où il avait été l'objet de cruelles brimades et avait amèrement regretté sa faiblesse.

M. Henri BARUK. — Précisément j'ai recherché depuis et interrogé le père du malade. Il m'a dit que son fils ne s'était jamais plaint de son temps de service, que d'ailleurs celui-ci avait été

exceptionnellement doux, le jeune homme avait trouvé un vrai filon au Maroc où il avait été embusqué dans l'emploi de tout repos et dispensateur d'autorité, d'infirmier.

L'encéphalite épidémique nous fournit un exemple de la facilité avec laquelle on méconnaît le rôle du facteur organique dans l'apparition d'un syndrome. En effet, l'atteinte encéphalitique fut parfois si discrète qu'elle a été inaperçue, mais les légères perturbations neurologiques qu'elle laisse en séquelles permettent son identification rétrospective.

M. TINEL. — Une potion de 60 gouttes de somnifène absorbée par cette malade amena un sommeil ininterrompu de 3 jours. Cette susceptibilité est en faveur de l'origine toxique de la catatonie.

M. Henri CLAUDE. — J'ai demandé à M. Nacht de présenter cette malade parce que je savais qu'elle donnerait lieu à une discussion intéressante et qu'elle me permettrait de revenir sur certaines questions qui méritent l'examen.

Nous avons pu établir, non pas par des dépositions de famille contestables, mais par une série de documents médicaux et par les écrits de la malade elle-même, que, depuis de nombreuses années, cette personne a présenté une attitude psychologique particulière et a été sous l'influence de complexes affectifs multiples. L'existence d'une affection organique telle que l'encéphalite épidémique est à rejeter, malgré que, dans un examen du liquide céphalo-rachidien, on ait constaté une quantité de sucre et d'albumine un peu supérieure à la normale ; on n'a jamais d'ailleurs constaté aucun signe somatique d'une lésion encéphalitique.

Nous sommes donc arrivés à penser que la longue série de perturbations d'ordre moral qui ont accaparé l'esprit de cette personne, pendant de nombreuses années, a pu déterminer, à la longue, une attitude psychomotrice et des phénomènes d'ordre biologique qui sont l'expression de désordres fonctionnels des centres nerveux inférieurs ainsi que de l'activité corticale.

Dans la discussion qui vient de s'établir, on a pu s'étonner que nous n'attribuions pas à ces modifications fonctionnelles : sudation, dilatation pupillaire, troubles du rythme cardiaque, troubles des réflexes vago-sympathiques, la signification d'altérations organiques à l'origine de la maladie. Personne ne contestera cependant que des émotions peuvent produire des perturbations vaso-motrices, des troubles moteurs, tels que tremblements, contractures, etc., des modifications respiratoires et

du rythme cardiaque, des troubles digestifs, etc. Si, chez les individus normaux, contrairement à ce qui a été avancé, on peut voir ces troubles fonctionnels ébauchés, s'ils peuvent n'apparaître chez ces derniers que d'une façon transitoire, nous pensons que, chez d'autres sujets présentant les caractères de la constitution dépressive et hyperémotive, sur laquelle insistait M. Delmas, à juste titre, l'idée, l'idée longtemps cultivée avec une charge affective considérable, peut engendrer des phénomènes biologiques qui finissent par être fixés et persistent en dehors de l'activité volitionnelle.

C'est une notion que nous avons déjà discutée devant la Société et nous pensons que, de même que certains produits toxiques ont des actions pharmaco-dynamiques susceptibles de troubler d'une façon plus ou moins durable l'activité fonctionnelle des centres nerveux, de même les émotions refoulées, la rumination prolongée de certaines pensées peuvent provoquer des effets analogues à ces intoxications. Mais il est bien entendu que c'est par l'intermédiaire du système nerveux troublé dans son fonctionnement et sous une influence dynamique, et non par suite d'altérations lésionnelles, que se produisent les troubles psycho-moteurs du type catatonique comme les modifications d'ordre biologique notées chez cette malade.

En l'absence de modifications appréciables des centres nerveux, de nature organique, en raison de l'évolution, par accès, des symptômes observés dans le cours de la maladie, de la régression des troubles psychopathiques sous des influences morales, nous estimons qu'il est beaucoup plus rationnel d'admettre que l'état psychologique profondément bouleversé a été plutôt la cause de toutes les modifications psychiques et biologiques, que de retourner le problème et de dire que l'état psychologique n'est qu'un symptôme apparaissant sous l'influence de causes organiques dont rien ne permet de démontrer l'existence.

Quant à la nature même du syndrome que présente cette malade, syndrome catatonique incontestablement, nous considérons qu'il est l'expression de la dissociation d'origine schizoïde poussée à son degré le plus prononcé. Si l'on accepte notre conception de la dualité des états réunis sous le nom de démences précoces ou primaires (démence précoce type Morel et schizophrénies), l'état réalisé par cette malade doit comporter un pronostic moins sévère que celui qu'on réserverait à un syndrome de cet ordre, symptomatique d'une altération organique. Le syndrome catatonique, d'origine psychogène, réalisé par un mécanisme dynamique, aurait les apparences, prendrait le masque, suivant

l'expression que nous avons déjà employée, du syndrome provoqué par des altérations organiques des centres nerveux. Il comporterait un pronostic tout à fait différent, car si, par un moyen quelconque, on fait disparaître le processus psychogène (comme dans d'autres circonstances on supprime l'intoxication qui est à l'origine du syndrome), les éléments pathogéniques étant supprimés, le syndrome disparaît lui-même.

Il convient toutefois de faire remarquer que, si les éléments étiologiques d'ordre psychologique persistent pendant un temps trop prolongé, des lésions organiques peuvent se surajouter peu à peu, de même qu'une contracture hystérique longtemps prolongée entraîne des troubles physiopathiques permanents. L'altération organique n'est alors, au niveau des centres nerveux, que secondaire à une modification dynamique qui, si elle avait été de courte durée, n'aurait pas entraîné de dommages persistants.

Ces considérations sur la transformation possible d'états dynamiques des centres nerveux siégeant dans des régions variables en altérations lésionnelles, doivent éclairer le pronostic et guider la thérapeutique dans les cas de cet ordre. Lorsqu'on aura reconnu une origine psychogène à certains syndromes prenant le masque d'états organiques, il faudra tendre tous les efforts du traitement à transformer l'orientation psychologique anormale du sujet afin d'éviter qu'il acquière cette rigidité d'attitude qui compromet par la suite l'intervention thérapeutique.

Parkinsonisme et syndromes démentiels. (Protrusion de la langue dans un des cas), par MM. Henri Ey et Jacques LACAN.

(Travail de la Clinique du Professeur Claude).

Nous avons l'honneur de présenter devant votre Société deux nouveaux cas de Parkinsonisme avec troubles démentiels. Dans un cas, il s'agit d'un syndrome démentiel simple, dans l'autre d'une démence paranoïde.

I. — B... est une femme de 26 ans, entrée à la clinique le 7 octobre 1930, « dans un état confusionnel datant de plusieurs semaines et évoluant sur un fond de débilité ».

Son développement somatique et intellectuel s'est effectué normalement. Jusqu'à 12 ans, dit son père, elle était intelligente et travaillait bien. A 13 ans (*en 1917*), elle eut une « scarlatine » sur laquelle nous ne pouvons avoir que des renseignements vagues. Depuis cette

maladie, dit le père, elle devint « peu délurée », elle était très indifférente à tout.

A 18 ans, elle eut une première bouffée confusionnelle qui s'est prolongée pendant près de 2 ans avec des intermittences. Son état mental s'amenda un peu et un médecin conseilla le mariage (1924).

A 20 ans (1925), elle connut son mari et se maria.

Elle devint enceinte en 1929 et accoucha en novembre. Un mois après l'accouchement, elle tint des propos incohérents, répétant : « Je veux aller à Calais... Je veux aller à Calais. », pendant des heures. Elle ne paraissait pas reconnaître son entourage.

Au début de 1930 sont apparus quelques nouveaux troubles, « elle parlait drôlement » et « sautillait » en marchant.

Son inertie, son incapacité à se conduire l'ont amenée à l'asile.

1° A son entrée dans le service, en présence des troubles de la marche qu'elle offrait, nous l'avons examinée systématiquement au point de vue neurologique et d'emblée, malgré la discrétion des symptômes, nous notions un *syndrome d'hypertonie à prédominance gauche* (8 octobre 1930) :

Les mouvements sont raides et saccadés. Les diverses articulations des membres gauches sont moins souples qu'à droite. Les réflexes de posture sont exagérés à gauche. La contraction volontaire s'établit dans le biceps gauche par une série de petites contractions successives donnant une ébauche de roue dentée.

Nous notons de suite un signe important : *l'absence de balancement automatique* du bras gauche pendant la marche.

La voix est monotone et quelques syllabes explosives. Le visage peu mobile.

Il n'existe pas de tremblement ni de troubles végétatifs.

La marche présente un caractère de spasmodicité. Le membre inférieur gauche ne se soulève que par une brusque flexion de la jambe qui donne à la marche un caractère « sautillant ».

Au point de vue de son *système pyramidal*, nous notons un affaiblissement de la force musculaire à gauche, les fléchisseurs du membre supérieur et les extenseurs du membre inférieur sont les plus frappés. *Clonus des deux pieds et des rotules*. Réflexes ostéo-tendineux très vifs, surtout à gauche. Réflexes cutanés-muqueux normaux (en particulier, il n'existe pas de signe de Babinski).

Ponction lombaire : albumine : 0,40. Pandy et B.-W. négatifs. Benjoin normal. Cytologie : 0,8 élément par mm³.

Examen oculaire : pupilles normales, réflexes normaux, pas de troubles de la convergence, pas de nystagmus.

Nous n'avons pas hésité à ce moment à porter le diagnostic de syndrome parkinsonien au début.

L'examen psychiatrique révélait chez cette malade un léger déficit des fonctions mentales comme en présentent les malades au sortir d'un état confusionnel (obtusion, bradykinésie, bradypsychie).

2° *Evolution du syndrome parkinsonien.* — Cette malade a été soumise de suite à un traitement par le salicylate de soude intra-veineux (0,10 par jour pendant 6 mois consécutifs), et malgré cela nous avons vu le syndrome parkinsonien s'installer et progresser sous nos yeux.

Dès le mois de janvier 1931, nous notons : « gâtisme, faciès figé, voix monotone, démarche sautillante ».

En février, le faciès devient de plus en plus rigide, la mimique s'appauvrit. Les troubles de la statique apparaissent : la malade, dans la station debout, se trouve entraînée à droite. Elle dévie dans sa marche. Son attitude d'ensemble est figée, elle reste les mains jointes, en attitude de pronation.

Tremblement à grande amplitude au niveau du pouce gauche.

Le signe de la *roue dentée* apparaît des deux côtés, mais prévalent nettement à gauche.

Légère limitation de la convergence des globes oculaires. Son état s'aggrave, la contracture s'installe et s'accroît à l'hémicorps gauche.

En juin apparaissent des accès de *protrusion de la langue*. Ces accès sont caractérisés par la projection spasmodique de la langue hors de la cavité buccale. Par intervalles, le spasme cesse, mais quelques secondes après, la langue est de nouveau « tirée » en dehors. Ces accès durent une dizaine de minutes, ils se renouvellent assez irrégulièrement. Ils ne s'accompagnent pas de la morsure de la langue par contraction concomitante des muscles masticateurs. Ils sont aussi bien nocturnes que diurnes.

Depuis lors, la malade a vu encore s'accroître son état d'hypertonie : la marche est très gênée, tout l'hémicorps gauche est soudé, le membre inférieur traîne, le bras reste éloigné du corps. Ses latéro et ses rétropulsions entraînent une progression irrégulière.

Signalons encore des *accès d'automatisme ambulateur* très brusques et courts. Elle se précipite brusquement hors de son lit et marche devant elle, puis s'arrête.

La malade présente une contracture extrapyramidale à type parkinsonien évident. L'aspect hémiplégique qu'elle présente à première vue (steppage, main en pronation, avec demi-flexion sur l'avant-bras, sur le bras, la maladresse des mouvements du côté gauche), joints aux troubles des réflexes (hyperréflexie plus marquée à gauche), a pu nous faire penser un instant à un syndrome pyramidal sous-jacent à cette *rigidité*. Mais l'analyse des symptômes, la prédominance proximale de la contracture des membres, la raideur qui effectivement gêne les mouvements volontaires, la disparition notable de ces attitudes après injection de 1/2 mmgr. de scopolamine, nous font écarter ce diagnostic et nous pensons qu'il s'agit d'un état parkinsonien pur que nous avons vu se constituer rapidement sous nos yeux.

3° *Evolution du syndrome démentiel.* — Cette malade qui depuis sa « scarlatine », en 1917, avait subi un déficit intellectuel noté par sa famille, a présenté pendant plusieurs mois, aux environs de 1924-1925 des troubles mentaux à caractère confusionnel.

Ici, dans le service, nous l'avons d'abord considérée comme une confuse sans grand intérêt en dehors de son syndrome neurologique. Mais rapidement s'est installé un *syndrome démentiel profond*.

Elle s'est désintéressée rapidement de sa situation, de son entourage. Elle est plongée maintenant dans un mutisme presque continu, entrecoupé seulement de quelques grognements.

Sollicitée de répondre, de s'intéresser à ce qu'on lui dit, elle oppose toujours une inertie profonde. Son inactivité est naturellement complète.

Elle est totalement désorientée.

Il y a dans l'état de démence qu'elle présente quelques traits (l'indifférence, les impulsions motrices, les stéréotypies verbales et du comportement) qui la rapprochent des états hétérophrénocatatoniques. Il y a chez elle un tel effondrement intellectuel que nous ne voulons pas insister sur le diagnostic différentiel, il nous importe seulement à noter qu'il y a un gros déficit démentiel qui accompagne son état parkinsonien.

**

II. — H..., âgée de 27 ans, est entrée dans le service le 22 juin 1930. Elle est Rhénane, mariée à un sous-officier français, M. D.

I. — ANTÉCÉDENTS

Héréditaires. — Père nerveux, alcoolique, mère « coléreuse », sœur à tendances mélancoliques.

Personnels. — A eu la *grippe* en 1918. (Schlaffgrippe, disent les certificats médicaux), alors qu'elle avait 16 ans. En 1920, elle a connu son mari avec qui elle s'est mariée et dont elle a eu quatre enfants.

Début des troubles mentaux. — Frigide pendant de longues années, elle était très douce, très docile. Dès la fin de 1920 elle s'occupa d'*astrologie*. Elle essaya, par ce moyen, de retrouver un de ses anciens amis. A propos d'un héritage qu'elle devait faire effectivement, elle interrogeait cartomanciennes et astrologues en 1927.

Ce fut en *juillet 1928* que les idées délirantes se développèrent. Tout le monde lui en voulait, disait-elle. Son mari note « qu'elle faisait des rêves à moitié endormie ».

Un jour, elle alla sur le Rhin dans un canot ; elle aurait manifesté, dans cette occurrence, des idées de suicide.

Elle fut *internée à Mâréville en avril 1929*. Le certificat mentionne des idées d'influence et de persécution, des sentiments d'étrangeté, l'illusion de sosie de son mari.

Durant son séjour à l'asile, d'avril 1929 à mai 1930, le diagnostic de démence précoce s'affirme : alternance d'état de confusion avec agitation extrême et de stupeur, rires et pleurs sans motif.

Amenée en mai 1930 à l'Hôpital Henri-Rousselle, c'est là que, pour la première fois, le diagnostic d'*hémiparkinsonisme* est posé.

On a noté alors la rigidité du masque, l'abolition du balancement automatique du bras droit et la possibilité de rattacher son syndrome de rigidité, à ce moment très discret, à l'épisode encéphalitique de 1918.

Au point de vue mental : hallucinations cénesthésiques, idées alambiquées, incohérentes d'influence et de transformation corporelle. Obnubilation. Inhibition. Opposition par intervalles.

II. OBSERVATION DU SERVICE

I. Présentation. Conduite. — Cette malade reste alitée dans sa cellule. Elle se complait dans un état de rêverie hallucinatoire continue.

Par instants, elle présente de brusques impulsions, accès de colère (elle a battu plusieurs fois les infirmières).

II. Délire. — « Ici, c'est une clinique de rajeunissement, j'y suis déjà venue souvent depuis trois siècles. Je suis arrivée ici avec Joseph Holmes, un détective parisien qui vient me voir de temps en temps. Il passe par-dessus le mur. A Maréville, c'était une cure de vieillissement. Mais quand on m'arrache une dent, chaque fois je deviens plus jeune. A Maréville, il y avait Mlle X..., c'est la dactylo d'Arsène Lupin, elle a pris mon nom. J'aurais dû être élevée en France, mais on a envoyé quelqu'un à ma place. Je suis une aristocrate. Tenez, regardez ma main, on voit bien écrit sur les lignes A. D. L. P. S. (*sic*). Pourquoi parle-t-on des aristocrates du D' Lenlais, Guislain ? Ce sont des rencontres de famille. Il me semble que c'est M. Lupin qui se moque un peu de nous. Tout ça, c'est réel. J'étais dans une clinique de vieillesse. C'est Mayence ou Mayenne, les pays se ressemblent tellement. Il y a plusieurs Anne Hergen dans tous les pays. En Espagne, il y a Gugenheim, près de Madrid. J'ai perdu mes parents depuis quatre siècles. J'étais brune le siècle avant celui-ci, mais ensuite j'ai des poils blonds. Je suis tombée dans l'Apen. J'avais un peignoir mauve, la deuxième fois, je suis tombée ici. Je ne me suis rajeunie jamais au-dessous de quatre ans et deux mois. J'ai habité ici dans la maison à côté, au 1^{er} étage, c'est à Gugenheim, toujours en France. Je suis blonde comme Marthe Dutemple (sa fille). On m'a demandé si j'avais des enfants, j'en ai mis quatre au monde ; pendant la naissance des garçons, j'ai perdu beaucoup de sang. Mais on dit toujours que sur le papier, il y a enfants : zéro.

« C'est toujours cette malheureuse dent que l'on m'a arrachée. On l'arrache, puis me donne des tickets. Seulement, moi, j'allais à l'école et je ne faisais pas attention, alors j'ai jeté le ticket.

« Dans ma main il y a encore écrit Pulaz en africain. C'est comme
 « anicho. Dans chaque pays, il y a les mêmes gens. Je les vois par
 « les yeux intérieurs. Je les vois aussi dans la nuit. Ce sont des
 « gens qui vivent. Il y a toujours quelqu'un derrière moi. Ils parlent
 « dans le mur. Ce mur est très grand. Puis, ils sortent. Il y a le
 « D^r Maître, de Mayencé. J'ai vu avec mes yeux tout ce qu'il y a
 « dans mon corps. C'est très facile, on voit tout ce qui est dedans.
 « Vous avez entendu maintenant, elle vient de dire qu'il faut que je
 « me décide. C'est le moment de me marier... Les infirmières font
 « de drôles de gestes. Elles viennent la nuit se mettre sur moi. C'est
 « sale... »

Caractères du délire. — Juxtaposition sans enchaînement rationnel.

Groupes de souvenirs organisés ou de scènes imaginées, souvent à type dramatique : on lui a donné des coups de marteau, elle est tombée dans l'eau, elle a jeté le ticket dans un ruisseau (scènes à caractère onirique).

Indifférence aux catégories rationnelles (changements d'identité, de temps, d'espace).

Caractères de la pensée. — 1° *Altérations de la réalité. Illusions. Hallucinations.* — Elle voit des têtes de mort dans sa cellule (elle désigne du doigt des taches dans le mur qui effectivement ont cette apparence).

Elle entend parler sur le conseil d'écouter. Ces voix disent de « ce qu'elle regarde par les yeux intérieurs ». Pêle-mêle des souvenirs, des lectures, des contractions imaginatives. « Tout est réel, dit-elle. Tout m'est arrivé régulièrement. Avec les yeux intérieurs on voit tout. Quand je lis ce que je pense, je vois les choses réelles. »

2° *Symbolisme.* — Exemples : « Je suis morte en 1929 » (date de son internement). — « Sur le papier, il y a enfants : zéro » (pour indiquer qu'elle n'a plus d'enfants). — Elle établissait une analogie entre Mayence et Mayenne, elle déclare que les paysages sont les mêmes dans ces deux régions.

III. *Affectivité.* — 1° *Confiance. Expansion.* — « J'ai une grande force. J'ai beaucoup de vie. Je ne puis pas mourir. C'est impossible. On m'a donné un coup de revolver, ça ne m'a rien fait. Si on me coupait le cou ça repousserait. »

2° *Euphorie. Bien-être.* — « Je suis très bien ici. Je me trouve très bien. »

3° *Indifférence absolue à l'égard de ses enfants.* — Dans le cours de ses propos délirants, une première fois nous lui disons : « Savez-vous que votre fille Marthe est très gravement malade ? » Elle s'arrête, étonnée et dit : « C'est ennuyeux, on ne me dit jamais rien. Je ne savais pas ça. » Puis, après quelques secondes, elle reprend le cours de ses propos, avec un calme parfait. Pas un moment elle ne demande de précisions.

Une deuxième fois, dix minutes après, nous lui disons : « Non seulement elle est très malade, mais votre fille est morte. » Elle s'arrête, s'étonne encore qu'on ne lui ait rien dit et reprend avec tranquillité la suite de ce qu'elle disait.

4° *Sexualité*. — « Je restais morte sur le lit dans *mes* rapports, ça ne fait rien. Il n'y a que moi qui puis arriver. » Elle subit des outrages de la part des infirmières.

Son mari, *le vrai*, était trop vieux. On l'a changé depuis.

Son érotisme est évident à travers ses propos et son comportement.

Fond mental. — Dans les diverses épreuves, l'activité délirante gêne beaucoup l'appréciation.

1° *Mémoire*. — Elle se plaint d'avoir des troubles de la mémoire. Elle dit ne pas se rappeler les choses. Cependant, l'épreuve des tests de fixation et de reconnaissance est satisfaisante.

2° *Attention*. — Très bonne épreuve des *a* barrés.

3° *Opérations intellectuelles*. — Mise en présence de questions difficiles ou de problèmes exigeant un peu de réflexion, elle aboutit rarement à une réponse satisfaisante. Elle discerne assez bien les difficultés, mais se perd un peu dans l'établissement du raisonnement.

Ainsi : « Vaut-il mieux pour un écolier que la pendule de l'école retarde ou avance ? » Elle ne fait pas la distinction essentielle de l'entrée et de la sortie : « Pour sortir, si on est pressé, il vaut mieux que le temps marche plus vite, que la pendule marche plus vite. » Mais la réponse n'est pas donnée avec clarté. Elle s'embrouille et ne fait pas l'effort suffisant.

4° *Cours de la pensée*. — Les phrases sont embrouillées. Les propositions ne s'enchaînent pas. On note des coq-à-l'âne, des dérivations, de brusques « barrages ».

Elle se perd brusquement dans le dévidement de ses explications : « Je ne sais plus où j'en suis. ». La plupart du temps elle ne s'en aperçoit pas et elle glisse insensiblement vers des thèmes toujours plus éloignés.

Ainsi, elle veut faire une phrase avec ces deux mots : *peur* et *porte*. Elle conçoit l'idée d'une porte qui, violemment fermée, fait sursauter et elle dit : « Quand j'ai voulu partir il faisait du vent, j'ai ouvert la porte, puis le vent m'a fait tomber. Je suis forte pourtant et je ne me suis pas fait mal, etc... » Elle perd pied et ne sait plus ce qu'elle voulait dire.

Orientation. — Assez correcte. Apprécie justement la durée de son séjour et la date. Cependant, elle parle au temps passé comme s'il avait duré « très longtemps », elle l'exprime par « plusieurs siècles de 30 ans chacun ».

Il existe donc chez elle une discordance dans l'exercice de ses fonctions élémentaires. On relève des troubles importants dans le

cours de la pensée (dérivations, arrêts). La synthèse mentale, l'effort mental ne sont pas très efficaces. Sa pensée reste en général de caractère inférieur : juxtaposition de souvenirs, constructions à caractère onirique, incapacité de la distinction essentielle du réel et de l'imaginaire, etc...

V. *Syndrome parkinsonien*. — Limitation de la convergence des globes.

Hypertonie marquée à droite, moins marquée à gauche (balancement automatique du bras diminué à droite).

Adiadococinésie par raideur musculaire, exagération des réflexes de posture (phénomène de la roue dentée).

Pas de signes pyramidaux ni de troubles trophiques.

Hémiface droite rigide et inerte.

Liquide céphalo-rachidien normal. Azotémie : 0,20. Bien réglée.

4 octobre 1930. — Impaludation (malaria de souche non syphilitique). Elle a présenté seulement quatre accès fébriles qui se sont épuisés spontanément. Idées délirantes riches, mobiles et incohérentes surtout à thème mégalomanique.

9 octobre. — Plus calme. Hallucinations auditives actives en allemand.

15 novembre. — Inoculation de deux gouttes de venin de cobra : réaction locale discrète sans phénomènes généraux. Etat mental sans modification sensible.

Cette thérapeutique a été renouvelée 6 fois encore sans résultat.

La malade a été transférée sans modification de son état mental et de son état parkinsonien en août 1931.

Les deux observations de nos malades appellent quelques commentaires :

1° *Nature encéphalitique du Parkinsonisme*. — Dans le cas de notre malade H. la notion d'une encéphalite est certaine. Nous avons pu voir des certificats médicaux qui mentionnent une Schaffgrippe en 1918. La malade serait restée à ce moment-là en état narcoleptique pendant 9 jours.

Pour notre malade B., au contraire, le doute est permis et rendu plus troublant par l'affirmation du médecin qui l'a soignée et qui a constaté une « scarlatine ». Cette « scarlatine », à la suite de laquelle on note une régression mentale considérable et qui provoque 7 ans après l'apparition d'un syndrome parkinsonien, cette « scarlatine » de 1917, à un moment où la maladie de Cruchet et d'Economo n'était pas connue, peut être considérée comme suspecte et peut-être pourrait-il s'agir d'une forme érythémateuse de l'encéphalite. Nous ne pouvons évidemment ici que discuter ce point sans essayer de l'élucider complètement.

2° *Syndrome parkinsonien*. — Nos deux malades sont porteurs d'un syndrome parkinsonien. Chez toutes les deux, c'est au décours de troubles mentaux que le syndrome s'est insidieusement installé. L'évolution la plus remarquable est celle de la malade B. chez qui nous avons véritablement assisté à la progression très rapide des symptômes en un an, la conduisant maintenant à un état de rigidité extrême. Nous avons soulevé, en exposant l'observation de B., la question de savoir s'il n'y avait pas chez elle, sous-jacent à son syndrome parkinsonien, un syndrome pyramidal, mais nous ne pensons pas devoir nous y arrêter.

Nous insistons, à propos de l'observation de B., sur un petit symptôme qui ne prend de valeur spéciale que par sa rareté : la protrusion spasmodique de la langue, qui n'est signalée que par quelques auteurs et notamment par l'un de nous (1).

3° *Caractères des syndromes démentiels*. — Nos deux observations présentent une notable différence : dans l'une il s'agit d'un état démentiel simple qui va poser devant nous la question des formes hébéphréniques de l'encéphalite ; dans l'autre, il s'agit d'un état démentiel et délirant qui nous incite à dire quelques mots de ses caractères paranoïdes.

Notre première observation montre, chez une malade atteinte d'un syndrome parkinsonien progressif, le développement d'un état démentiel. Il s'agit bien ici d'un état démentiel et non pas, comme dans la plupart des cas, de ce syndrome de « bradyphrénie » qui gêne, entrave la pensée des malades sans l'altérer profondément. Ici, les grands critères de la démence : l'inconscience, l'inadaptation au milieu, l'effondrement des fonctions élémentaires (mnésiques, attentives, réflexives) sont évidents.

Nous avons déjà noté quelques traits de comportement, les itérations, les stéréotypies, les impulsions, l'indifférence qui rapprochent ce cas des syndromes hébéphréniques, et nous ne voulons pas rouvrir la discussion des relations de la démence précoce avec l'encéphalite. Nous nous bornerons à rappeler que, tandis que pour Guiraud, l'analogie de *mécanisme* est complète, pour Claude, au contraire, il s'agit de syndromes qui, sous leur aspect catatonique, sont bien différents. Parmi les plus récentes, rappelons l'observation de Marchand en 1929.

Notre deuxième observation se rapproche des cas tels que ceux publiés par Heuyer et Le Guillant, Courtois et Trelles, Baruk et

(1) LAGAN (Jacques). — *Société de Psychiatrie*, Novembre 1930.

Meignant (pour ne citer que quelques observateurs), où il s'agissait de syndromes hallucinatoires complexes.

Notre malade — nous avons essayé de le montrer au cours de l'exposé de son observation — présente un vaste, riche et absurde délire paranoïde, et on retrouve chez elle une altération du fond mental, caractéristique de la dislocation schizophrénique, telle que Bleuler l'a magistralement décrite. Le diagnostic de *démence paranoïde* nous paraît dans ce cas tout à fait fondé. Signalons, en passant, qu'il ne s'agit pas, en tous cas, de ces syndromes hallucinatoires dont le sujet reconnaîtrait le caractère pathologique, aurait une vague conscience : il n'y a pas hallucinose, mais les plus authentiques hallucinations intégrées dans une atmosphère délirante paranoïde à laquelle les bouffées oniroïdes ou oniriques du début, et peut-être au cours de la maladie, ne peuvent pas être étrangères.

En terminant, pour souligner l'intérêt des cas que nous venons de vous présenter, nous insistons sur ce fait que, tandis qu'en règle générale — comme y insistait tout récemment Heuyer (1) — l'encéphalite réalise presque exclusivement des troubles moteurs, de l'humeur ou du caractère, qu'elle impose au comportement et à la pensée du sujet une certaine discontinuité et une certaine gêne, qu'elle agit — selon l'image habituelle — en libérant des automatismes instinctifs et moteurs, en forçant constamment la conscience du sujet dans des phénomènes comme l'hallucinose, l'obsession, l'impulsion, les expressions émotives incoercibles, etc..., dans nos cas il s'agit avant tout de syndromes psychiques qui altèrent la sphère intellectuelle avec un minimum de troubles instinctifs et affectifs.

M. Georges PETIT. — Les deux syndromes psychopathiques, dont l'observation si intéressante vient d'être rapportée par MM. Ey et Lacan, paraissent ressortir l'un et l'autre à l'évolution d'une encéphalite, du type encéphalite épidémique chronique.

Pendant les grandes épidémies de 1918, 1919, 1920 et 1921, nous avons pu observer les épisodes initiaux les plus polymorphes de cette affection, en particulier, — comme dans la première observation des présentateurs, — des syndromes fébriles, avec angine et éruption de type scarlatiniforme, qui ont pu imposer, parfois, le diagnostic de scarlatine.

Il nous paraît, d'autre part, contraire à l'observation clinique de prétendre que l'encéphalite épidémique se juge par des syn-

(1) *Semaine des Hôpitaux*, juin 1931.

dromes psychopathiques particuliers et caractéristiques de cette affection. En réalité — et comme nous en avons rapporté de nombreux exemples depuis 1920, — l'encéphalite épidémique peut réaliser tous les symptômes et tous les syndromes de la psychiatrie, soit à titre de syndromes épisodiques, avec ou sans réalisations consécutives, soit sous une forme continue, donnant ainsi tous les tableaux cliniques de la nosologie psychiatrique, dans leurs formes les plus classiques comme dans leurs manifestations les plus polymorphes.

La séance est levée à midi.

Les Secrétaires des Séances,
COURBON et DEMAY.

Séance du Lundi 23 Novembre 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président

Adoption du procès-verbal de la séance du 26 octobre 1931.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général* : — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r CAPGRAS qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

des lettres de MM. les D^{rs} ARTUR, DABOUT et MAUPATÉ, membres correspondants, qui s'excusent de ne pouvoir assister aux séances de la Société ;

une lettre de M. le Professeur Marco LÉVI-BIANCHINI, de Necera Inferiore. Apprenant par le numéro d'octobre 1931 des *Annales Médico-psychologiques* qu'il a été élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique le 27 mars 1916, alors qu'il se trouvait aux Armées, en première ligne, et n'a pas reçu la lettre lui annonçant

cette élection, M. LÉVI-BIANCHINI adresse ses remerciements à la Société ;

des lettres de MM. les D^{rs} Michel CÉNAC et Robert LARGEAU, de Paris, qui posent leur candidature à la place de *membre titulaire* déclarée vacante par la Société dans sa séance du 26 octobre 1931. (Une *Commission* composée de MM. BARBÉ, Achille DELMAS, DUPAIN, LÉVY-VALENSI et VINCHON est désignée pour l'examen de ces candidatures : l'élection aura lieu à la séance du lundi 28 décembre 1931) ;

une lettre de M. le D^r FROMENTY, médecin-chef du service des Aliénés de l'Hospice de Tours, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national*. (Une *Commission* est désignée, composée de MM. D. ANGLADE, J. HAMEL et LAUZIER, rapporteur : le vote aura lieu à la séance du lundi 28 décembre 1931) ;

une lettre de MM. JAMES CHAMBERS, F. H. EDWARDS et R. PERCY SMITH, membres de la *Royal Medico-Psychological Association* et du General Committee of the *Lebanon Hospital for Mental diseases* fondé en Syrie en 1898, à Asfuriyeh, près de Beyrouth, demandant d'intéresser le public français à cette œuvre d'assistance psychiatrique fondée sur un territoire dont la France est mandataire et qui est entretenue actuellement par des contributions volontaires reçues des Etats-Unis d'Amérique, de Grande-Bretagne, de Hollande et de Suisse (1) ;

une invitation à assister au *III^e Congrès International de Technique sanitaire et d'Hygiène urbaine* qui se tiendra à Lyon du 6 au 9 mars 1932.

Un monument au Professeur Gilbert Ballet

Le *Secrétaire général* signale aux membres de la Société que dans le numéro d'octobre des *Annales Médico-psychologiques* (page 355) a été publié un appel du Comité Limousin qui, sous la présidence du D^r RAYMONDAUD, Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges, et sous la présidence d'honneur du Professeur d'ARSONVAL, membre de l'Institut, a entrepris d'élever à Limoges, devant l'Ecole de Médecine, un buste au Professeur Gilbert BALLET.

La Société Médico-psychologique sera invitée par le Comité à se faire représenter à la cérémonie d'inauguration dont la date, non encore précisée, coïncidera avec la XXXVI^e session du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* qui se tiendra à Limoges du 25 au 30 juillet 1932, sous la présidence de M. le Professeur EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Les membres de la Société, que Gilbert BALLET présida en 1903, et

(1) Pour tous renseignements, s'adresser à Miss Hilda Fox, General Secretary, 55, Wellington Road, Londres, N. W. 8.

dont beaucoup furent les élèves, les collaborateurs, les collègues ou les amis du Professeur Gilbert BALLET, tiendront à participer à la souscription ouverte par nos confrères limousins.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. J. LÉPINE, René CHARPENTIER et COURBON, sur les titres de M. le D^r E. LARRIVÉ, de Lyon, candidat au titre de membre correspondant national, il est procédé au vote.

Nombre de votants: 23

Majorité absolue: 12

M. le D^r E. LARRIVÉ, ayant obtenu 23 voix, est nommé *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. René CHARPENTIER, au nom d'une Commission composée de MM. CAPGRAS, René CHARPENTIER et MAILLARD, sur les titres de M. le D^r O.-L. FOREL, de Prangins, près Nyon (Suisse), candidat au titre de *membre associé étranger*, il est procédé au vote.

Nombre de votants : 23

Majorité absolue : 12

M. le D^r O.-L. FOREL ayant obtenu 23 voix est nommé *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

A propos de la Malariathérapie de la Paralyse générale

A la suite du rapport de M. Raoul LEROY, présenté à la séance du 26 octobre 1931, la Société, à l'unanimité des membres présents, vote le texte suivant qui lui est soumis par le Bureau :

« A l'occasion d'incidents récents, la Société Médico-psychologique émet le vœu que les Commissions Administratives des Etablissements hospitaliers, incompétentes à apprécier la valeur des procédés thérapeutiques appliqués par les médecins-chefs des Hôpitaux ou des Asiles, ne mettent pas obstacle à l'emploi de la malariathérapie, actuellement de pratique courante et universellement employée. »

« Le Bureau de la Société est chargé de transmettre ce vœu à M. le Ministre de la Santé publique. »

COMMUNICATIONS

Eruption papulo-squameuse et alopécie en clairière secondaires survenues chez une paralytique générale impaludée, par MM. LEROY, MÉDAKOVITCH et BOYER.

Si le mécanisme d'action de la malariathérapie se montre encore obscur et hypothétique, il est certain que l'infection paludéenne amène des changements profonds dans l'organisme des paralytiques généraux. Elle transforme le malade en un simple syphilitique devenu, par ce fait, plus accessible au traitement spécifique. Cette opinion a des bases réelles, s'appuyant : 1° sur la courbe des réactions du liquide céphalo-rachidien (mastic, benjoin, or colloïdal) devenue, à l'occasion des rémissions, une simple courbe de syphilis cérébrale ; 2° sur l'apparition de manifestations de syphilis tertiaire : gommées cutanées le plus souvent (LEROY et MÉDAKOVITCH, *Paralysie générale et Malariathérapie*, Doin, éditeur, p. 348).

Nous vous présentons aujourd'hui une malade particulièrement intéressante par l'apparition, 7 mois après l'impaludation, d'une éruption papulo-squameuse et d'une alopécie secondaires.

OBSERVATION. — Fried... Madeleine, 32 ans, entre à l'asile Ste-Anne pour une paralysie générale à forme agitée et expansive, idées absurdes de grandeur, gâtisme. A reçu antérieurement 12 injections intramusculaires d'un sel d'arsenic. Impaludation le 3 avril 1931 : 8 accès arrêtés le 26 avril avec la faible dose de quinio-stovarsol, 1 gr. en 2 jours. Une rémission physique et psychique se produit dès le 6^e accès.

Médication : du 2 mai au 13 octobre 1931, stovarsol 73 gr. ; du 16 juin au 31 août, 39 suppositoires de mercure à 0,10 ; du 20 juin au 14 octobre, KI 615 gr. ; du 21 juillet au 14 octobre 1931, HgI² 0 gr. 90.

Vers le 12 octobre 1931, nous constatons la présence sur le cou, la poitrine et le dos de papules à *type syphilides papulo-squameuses secondaires* et une alopécie à *type alopécie en clairière secondaire* ; les cheveux s'arrachent par poignées.

Cette malade, qui a été gâteuse, présente actuellement une excellente rémission, ainsi qu'il vous est facile de le constater. Elle est propre, ordonnée, très bien orientée, calcule bien, raconte son existence antérieure, s'occupe avec activité à la lingerie de l'asile. A complètement rectifié son délire. La dysarthrie semble avoir disparu (sujet hongrois). Madeleine demande sa sortie ; elle n'a cependant

aucune conscience d'être venue ici malade. Le poids est passé de 42 kil. à 50 kil.

L'éruption papulo-squameuse a presque entièrement disparu sans traitement ; l'alopecie persiste encore.

RÉACTIONS BIOLOGIQUES

Liquide céphalo-rachidien	30 mars 1931	9 juillet 1931	12 oct. 1931
Eléments cellulaires	3,5	3,9	3
Albumine totale	0,78	0,56	0,42
Pandy	++	+	+
Weichbrodt	++	+	+
Globulines Nonne-Appelt	++	+	+
Noguchi	++	+	±
Siliquid	++	+	+
Benjoin	12222.22210.00000	12210.02210.00000	11100.00000.00000
R. d'opacification (Meinicke) ..		+	+
Bordet-Wassermann	++	++	+
Sang			
R. de floculation (Kahn)	++	++	++
Hecht		++	++
Bordet-Wassermann		++	++

A noter que Freid... Madeleine offre un cas de paralysie générale conjugale. Son mari, Rosent... Eugène, 35 ans, est entré le 29 avril 1929 à Ste-Anne pour une paralysie générale à forme agitée. Transféré à Vaucluse, le mois suivant, il en sort en rémission, au bout de quelques mois, sans aucun traitement. Réinterné le 16 nov. 1929 pour rechute de paralysie générale à forme dépressive avec tentative de suicide. Liquide céphalo-rachidien : lympho. 14 ; albumine 1,60 ; globulines +++ ; benjoin 22222.22222.21000 ; B.-W. et Meinicke +. Décédé le 21 janvier 1931 par marasme. La femme a été internée 2 ans après le mari.

Sommeil cataleptique et fonctions psycho-motrices. Etude physiologique et pharmaco-dynamique au moyen de l'Ergographe de Mosso, par MM. H. CLAUDE, H. BARUK et R. PORAK.

Sous le nom de sommeil cataleptique, nous désignons un syndrome particulier, caractérisé par la survenue d'un engourdissement psychique et en même temps d'une suspension des fonctions psycho-motrices volontaires. Ce syndrome peut présenter plusieurs degrés d'intensité différente : lorsqu'il est très léger, il est

purement subjectif, le malade éprouve une sensation bizarre rappelant un peu le sommeil, mais s'accompagnant de l'impression de la prise de sa volonté. Toutefois, celle-ci peut encore s'exercer et l'on ne constate encore aucun trouble objectif. A un degré de plus, l'initiative motrice devient impossible : le sujet est alors incapable de mettre en train aucun mouvement, il est transformé en automate, garde les positions qu'on lui imprime (catalepsie). Lorsque le trouble n'est pas encore trop accusé, on peut, grâce à des invigorations psychiques spéciales, réveiller le malade. On voit alors l'expression mimique reparaitre en même temps que l'initiative motrice se rétablir. Mais, lorsque le syndrome est plus accentué, le réveil devient impossible et les fonctions psycho-motrices restent suspendues d'une façon plus ou moins prolongée.

Nous nous sommes proposés dans ce travail d'étudier les rapports respectifs des deux éléments fondamentaux qui constituent le sommeil cataleptique, c'est-à-dire, *d'une part, l'engourdissement* que nous venons de signaler, *d'autre part, la suppression des fonctions psycho-motrices*. Dans ce but, nous nous sommes efforcés d'objectiver d'une façon nette l'état de la mise en train psycho-motrice. Nous avons utilisé à cet effet l'ergographe de Mosso : le sujet doit exercer, au moyen du médus, une série de tractions destinées à soulever un poids de 1 kgr. Après lui avoir expliqué ce qu'on lui demande et s'être assuré qu'il a bien compris, on lui donne l'ordre de commencer le mouvement et de le poursuivre le plus rapidement possible. Les mouvements du doigt du malade sont inscrits sur un cylindre de noir de fumée. En général, on utilise pour cette épreuve un cylindre à rotations extrêmement rapides, mais ce moyen ne permet d'étudier que la hauteur des courbes et le temps de fatigue. Nous nous sommes, au contraire, servis d'un cylindre à rotations très lentes et nous avons porté notre attention, non plus seulement sur la courbe de fatigue, comme dans l'épreuve ergographique classique, mais encore et surtout sur les modalités de la mise en train et sur la forme des courbes initiales.

Avec cette méthode, nous avons étudié :

1° le fonctionnement psycho-moteur au cours du sommeil cataleptique spontané et de la catatonie (en les comparant, bien entendu, avec les courbes de sujets normaux et de sujets atteints d'autres affections) ;

2° nous avons ensuite étudié le fonctionnement psycho-moteur au cours du sommeil cataleptique expérimental et provoqué par divers agents pharmacodynamiques.

I. — *Sommeil cataleptique spontané*

Pour bien comprendre les perturbations psycho-motrices observées au cours du sommeil cataleptique, il faut se reporter tout d'abord, aux données obtenues chez les sujets normaux. Chez ceux-ci, la mise en train est immédiate et les courbes obtenues revêtent l'aspect de paraboles régulières en dôme ou en ballon qui vont, peu à peu, en s'aplatissant au fur et à mesure de l'apparition de la fatigue (fig. 1).

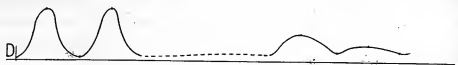


FIG. 1. — Sujet normaux. Courbe parabolique régulière, puis courbe de fatigue.

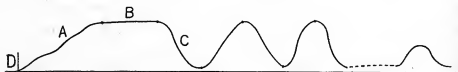


FIG. 2. — Sommeil cataleptique : Courbe trapézoïde, puis parabolique, puis courbe de fatigue.

Dans le sommeil cataleptique, les phénomènes sont bien différents. La première courbe revêt un aspect trapézoïde et est formée de trois segments :

- 1° lentement ascendant (fig. 2-A) ;
- 2° horizontal en plateau (B) ;
- 3° en chute brusque (C).

Mais ces caractères ne s'observent que sur la première courbe. Très rapidement, au cours de l'épreuve, ces perturbations disparaissent et les courbes prennent un aspect parabolique normal jusqu'à l'apparition ultérieurement de la fatigue.

Or, ces troubles psycho-moteurs sont exactement parallèles à l'existence du sommeil cataleptique. En effet, lorsqu'on peut réveiller le malade, ils disparaissent à peu près complètement (fig. 3).

Les troubles psycho-moteurs que nous venons d'indiquer sont donc très caractéristiques. Nous les avons retrouvés dans un grand nombre de cas de catatonie. Par contre, nous n'avons pas

retrouvé de courbes analogues ni au cours d'autres affections mentales (état dépressif), ni au cours d'autres affections neurologiques en particulier dans le parkinsonisme et dans un cas de myasthénie (fig. 4).

Dans ces deux derniers cas, les courbes sont assez étalées, aplaties, mais leur aspect est régulier et ne rappelle pas la forme trapézoïde observée dans le sommeil cataleptique.

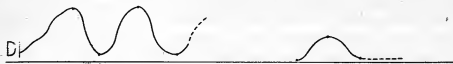


FIG. 3. — Sommeil cataleptique après réveil : retour à un type voisin du type normal.

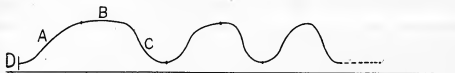


FIG. 4. — Après injection de bulbocapnine (0 gr. 10 à 0 gr. 20 cg.) courbe trapézoïde puis parabolique comme dans la fig. 2



FIG. 5. — Syndrome parkinsonien par : courbes régulièrement étalées.

II. — *Sommeil cataleptique expérimental*

Nous nous sommes demandés alors si certains agents pharmacodynamiques susceptibles de déterminer des phénomènes d'engourdissement un peu analogues, ne produiraient pas en même temps la même perturbation de la mise en train psychomotrice.

Nous avons utilisé à cet effet la bulbocapnine et le scopoclora-lose.

En ce qui concerne la bulbocapnine, nous n'avons, bien entendu, employé que des doses très faibles, c'est-à-dire, celles qui sont couramment utilisées en pratique dans le traitement des tremblements. Nous n'avons jamais dépassé la dose de 20 centigrammes en nous conformant, à ce sujet, aux limites fixées en thérapeutique courante par de Jong et Shaltenbrand. Bien entendu,

ces doses très petites ne déterminent aucun phénomène clinique bien net. Tout au plus, peut-on observer, environ 1/2 heure après l'injection, une très légère sensation de somnolence et d'engourdissement d'ailleurs très fugace. Or, malgré le peu d'intensité de ces manifestations qui passeraient presque inaperçues, la courbe ergographique prise à ce moment précis montre un aspect trapézoïde de la première courbe ainsi que la même dissociation entre la première courbe et les courbes suivantes, comme on l'observe dans le sommeil cataleptique (1).

Il est intéressant de souligner que les mêmes doses de bulbo-capnine sont insuffisantes chez l'homme pour déterminer des modifications chronaxiques musculaires, comme l'ont montré de Jong et Bourguignon. En pareil cas, donc, les courbes ergographiques constituent un procédé plus sensible que la chronaxie.

Nous avons, avec le scopochloralose, obtenu des effets analogues à ceux obtenus par la bulbo-capnine. Le scopochloralose (association de scopolamine et de chloralose) a été indiqué à l'un de nous par M. Pascal qui considère ce médicament comme susceptible de déterminer un état voisin du sommeil hypnotique. L'un de nous (Baruk) a commencé avec M. Massaut de Liège, l'étude de ce médicament en clinique et dans l'expérimentation animale. Ces recherches actuellement au cours seront publiées plus tard.

En ce qui concerne l'étude des fonctions psycho-motrices, les courbes obtenues après administration par la bouche de 75 centigrammes de scopochloralose rappellent celles obtenues après injection de 10 à 20 centigr. de bulbo-capnine.

Conclusions

Nous venons d'indiquer brièvement les résultats principaux de nos recherches. Le détail de celles-ci ainsi que les diverses courbes originales que nous avons obtenues seront publiées dans un prochain mémoire de l'Encéphale.

Nous avons seulement résumé dans les figures ci-jointes l'aspect schématique des données ergographiques au cours du sommeil cataleptique.

(1) Tout récemment, Aldo Bertolani a constaté par la méthode ergographique une hypertonie très nette consécutive à l'administration de bulbo-capnine. Les courbes très intéressantes qu'il a prises ont été faites avec un rouleau à rotation rapide et permettent d'étudier la courbe ergographique classique, mais sans la mise en train.

Aldo BERTOLANI. — Hypertonie musculaire et influence pharmacologique. Congrès neurologique International de Berne, sept. 1931, et *Revue Neurologique*, oct. 1931, p. 426.

Nous terminerons par les conclusions suivantes :

1° il existe un rapport étroit entre l'engourdissement du sommeil cataleptique et les troubles de la mise en train psychomotrice, les seconds paraissant être la conséquence du premier ;

2° les mêmes troubles de la mise en train psychomotrice que ceux qu'on observe dans le sommeil cataleptique et dans la catatonie peuvent être réalisés expérimentalement chez l'homme par des agents pharmaco-dynamiques comme la bulbocapnine et la scopolchloralose même aux très faibles doses couramment utilisées en thérapeutique.

Ainsi donc le sommeil cataleptique et les troubles de la motilité volontaire qui l'accompagnent, constituent malgré leur aspect psychologique, un syndrome à base essentiellement physiologique et dont l'origine réside en grande partie dans la variation du taux de l'activité nerveuse, comme nous le montrent les données relatives aux toxiques.

Ces faits sont à rapprocher des constatations faites dans la catatonie expérimentale par la bulbocapnine qui montrent les parentés réciproques du sommeil, de la catalepsie, de la catatonie, comme l'un de nous y a insisté avec de Jong (1).

Ces diverses notions doivent constituer un fil conducteur dans les recherches relatives aux bases physiologiques des névroses et des psychoses dont le sommeil cataleptique, qu'il soit subjectif ou objectif, constitue un des symptômes fondamentaux.

M. Henri CLAUDE. — Notre but est un effort de distinction entre le sommeil neurovégétatif par atteinte de la fonction hypnique consécutive à une lésion siégeant sur le troisième ventricule, et le sommeil psychomoteur par inertie psychique, le premier existant dans l'encéphalite et le second dans la catatonie.

M. Achille DELMAS. — Les expériences des auteurs pour être concluantes devraient être complétées par des expériences analogues sur des sujets boudeurs et de mauvaise volonté. Si celles-ci donnent une courbe différente, la théorie est exacte.

M. Henri BARUK. — MM. Claude et Porak sur des hystériques ont obtenu des courbes irrégulières.

M. Achille DELMAS. — Chez les hystériques, la suggestibilité

(1) DE JONG et BOURGUIGNON. — Action de la bulbocapnine sur la chronaxie chez le chat et chez l'homme normal. *Revue Neurol.*, n° 1, juillet 1928.

DE JONG et BARUK. — *La catatonie expérimentale par la bulbocapnine*. Masson, 1930.

peut intervenir. C'est à la mauvaise volonté qu'il faudrait faire appel.

M. HENRI CLAUDE. — Si la volonté entrainait en jeu, les courbes seraient irrégulières en nombre ou en forme. La régularité du trapèze et des paraboles de la courbe prouve que c'est la mise en train qui est psychologiquement viciée.

M. HEUYER. — Certains malades ont un syndrome tel qu'on peut l'attribuer soit à une catatonie, soit à un parkinsonisme. Ce fut le cas à une des dernières séances de la société médicale des hôpitaux où M. Claude et moi fûmes d'un avis différent.

M. GUIRAUD. — J'avais donc raison, il y a quelques années de rapprocher catatonie et parkinsonisme et de dire que l'une et l'autre peuvent se manifester d'une façon identique et qu'il est parfois impossible en présence d'une attitude cataleptique de dire si on a affaire à une encéphalite parkinsonienne ou à une hébéphrénocatatonie. Les différents moyens proposés par mes contradicteurs, les agents pharmacodynamiques notamment, pour faire le diagnostic, sont donc impuissants.

M. HENRI BARUK. — Étiologiquement, une encéphalite peut produire les 2 syndromes. Ces deux syndromes peuvent même coexister chez le même sujet ; témoin un malade du service de M. Babinski dont le parkinsonisme disparaissait transitoirement sous l'influence de la scopolamine mettant en évidence la catatonie qui entre temps était masquée par le parkinsonisme. Ce n'est pas par l'étiologie, mais par la séméiologie qu'on doit faire le diagnostic.

M. ACHILLE DELMAS. — Il faudrait s'entendre sur les termes catalepsie et catatonie que l'on emploie parfois comme synonymes. Jadis, on enseignait que la catatonie comportait outre l'état musculaire, l'échopraxie, l'échominie, la flexibilité cireuse, etc.

M. HENRI BARUK. — Étymologiquement, catalepsie signifie suspension des fonctions psychomotrices ce qui conditionne la conservation des attitudes ; catatonie implique en outre hyper-tonie, négativisme, hyperkinésie. Et c'est au sens donné par Kahlbaum d'abord et par Séglas ensuite, en 1902, que nous prenons la maladie catatonie. Elle est extrêmement rare. Elle est constituée par une raideur, un espèce d'enroulement du malade sur lui-même, une hyperkinésie réflexe, des impulsions, de gros troubles neurovégétatifs.

M. GUIRAUD. — Prendre un terme dans son sens étymologique, c'est sous entendre la conception personnelle que l'on se fait de la pathogénie du fait à qui on l'applique. Un vieux professeur disait : l'hystérie ne peut exister que chez la femme, car son anatomie défend à l'homme d'en être atteint. Pour moi, la catalepsie est un état musculaire caractérisé par la flexibilité cireuse et la conservation des attitudes. La catatonie est un syndrome beaucoup plus vaste dont la catalepsie n'est qu'un élément.

M. BARBÉ. — Dans le parkinsonisme, il n'y a pas de troubles mentaux, dans la catatonie il y en a.

M. HEUYER. — La catatonie comporte, outre l'état musculaire, la conservation des attitudes, l'opposition et la suggestibilité, les stéréotypies, du moins d'après la description de Kahlbaum.

M. Henri CLAUDE. — La catatonie incurable des déments précoces est constituée par des attitudes cataleptoïdes, de l'hyper-tonie, de l'hyperkinésie, de la flexibilité cireuse, des stéréotypies. Au contraire, les états ayant une certaine ressemblance avec ceux-ci, mais dont le pronostic est moins sombre, sont ceux où la catalepsie prédomine sur tous les autres symptômes. De tels états peuvent être la conséquence de toxi-infections diverses.

Catatonie intermittente suivant le rythme du sommeil,
par MM. H. BARUK et A. ALBANE.

Les rapports respectifs du syndrome catatonique et du sommeil, constituent un problème d'un très grand intérêt clinique et physiologique. L'un de nous y a insisté à maintes reprises à ce double point de vue. Au point de vue clinique, il a étudié avec le professeur Claude les analogies et les différences qui existent entre le sommeil d'une part, la catalepsie et la catatonie d'autre part (1). Dans les deux cas, il existe un engourdissement spécial de l'activité. Mais le sommeil constitue un état facilement réversible et qui cesse à la moindre incitation ; il ne s'accompagne pas, d'autre part, d'hypertonie musculaire. Au contraire, dans la catalepsie et dans la catatonie le réveil est ou très difficile ou impossible et d'autre part, il existe une modification très importante du tonus musculaire ainsi qu'une série de phénomènes d'automa-

(1) CLAUDE et BARUK. — Les crises de catalepsie. Leur diagnostic avec le sommeil pathologique. *Encéphale*, mai 1928.

tisme psycho-moteur. Malgré cela, il existe certaines parentés entre ces deux ordres de faits, comme le montre toute une série de transitions cliniques, participant à la fois du sommeil et de la catalepsie, et que l'on peut désigner sous le nom de « sommeil cataleptique ».

Au point de vue physiologique et expérimental, les rapports du sommeil et de la catatonie sont non moins importants. Ces deux états peuvent être, en effet, reproduits, l'un comme l'autre, par une intoxication. C'est ce que montre l'épreuve de la bulbo-capnine étudiée par l'un de nous avec de Jong. L'injection de bulbo-capnine détermine, en effet, chez l'animal, à petites doses, le sommeil, à doses plus fortes, la catalepsie et la catatonie. Il s'agit donc de stades différents d'atteintes toxiques et, en outre, on peut, chez certains animaux, en particulier chez la poule, réaliser un état de catalepsie labile qui constitue un véritable sommeil cataleptique expérimental (1).

Nous rapportons ci-dessous, l'observation d'une malade démente précoce, chez laquelle nous avons pu constater l'apparition de crises de catatonie intermittente, évoluant d'une façon rigoureusement parallèle avec les phases de sommeil, et disparaissant d'une façon totale pendant la période d'éveil.

Voici tout d'abord notre observation. Nous examinerons ensuite les principales conclusions qui en découlent.

Histoire de la malade. — Mme Del... S., 44 ans, arrivée dans le service (Asile de Clermont-de-l'Oise) le 2 mars 1920.

Certificat immédiat. : Paraît atteinte d'affaiblissement intellectuel précoce avec mutisme, sourires sans motifs, attitude immobile, stéréotypies, gâtisme. Est signalée comme sujette à des impulsions. Son état mental justifie l'admission à l'Asile. — Signé : D^r Boiteux.

Certificat de quinzaine. : Est atteinte de démence précoce, avec grande inconscience, attitudes stéréotypées, sourires sans motifs, mutisme habituel, gâtisme, crises d'excitation pendant lesquelles la malade se roule à terre et se livre à des mouvements désordonnés. Elle s'est contusionnée récemment à la face en passant, dans une de ses crises, la tête à travers les barreaux de son lit. Son état mental justifie le maintien à l'Asile. — D^r Boiteux.

Actuellement la malade présente un comportement sensiblement normal, s'occupe dans le service. Elle reste seulement un peu indifférente.

(1) DE JONG et BARUK. — *La catatonie expérimentale par la bulbo-capnine*. Masson, 1930 et H. BARUK et DE JONG. — *L'épreuve de la bulbo-capnine chez la poule. Catalepsie et sommeil*. *Ac. sciences, Amsterdam*, oct. 1929.

1° *Le 13 mai 1931, à 7 heures du soir.* — Nous avons l'occasion de voir la malade en passant dans le service à 19 h., au moment du coucher. Nous sommes immédiatement frappés par l'aspect de Mme Del... à demi-assise dans son lit, les yeux mi-clos, avec un clignement incessant des paupières, et des petites grimaces.

On la stimule, on essaie vainement de la réveiller. On la fait lever. Elle obéit passivement et rapidement aux ordres mais d'une façon mécanique..A l'invitation de marcher, elle va droit devant elle, franchit la salle et par la porte ouverte s'en va dans le couloir, les yeux fixes, à demi-ouverts, l'air absent. Elle est facilement ramenée à son lit.

Il est toujours impossible de la réveiller. Elle émet, de temps en temps, sur une petite voix de polichinelle : « Non, non. » Il est aisé de constater de la conservation des attitudes aux bras et aux jambes mais pas d'une façon très prolongée ; après que le bras retombe, elle le relève d'elle-même. Accompagnement des mouvements passifs, mais pas de négativisme.

Réflexes plantaires en flexion. Pendant cette manœuvre, la malade dit : « Ah, ça ! ». On la recouche.

2° *Le 14 mai 1931 à 11 h. du matin.* — La malade est bien éveillée, debout, les yeux ouverts. Elle va et vient dans le jardin. Nous l'interrogeons :

D. — Comment allez-vous ?

R. — Ça va bien maintenant.

D. — Etes-vous réveillée ?

R. — Mais oui.

D. — Vous rappelez-vous que nous sommes venus vous voir hier soir ?

R. — Oui, un peu.

D. — Que vous avons-nous fait ?

R. — Nous avons causé.

D. — Pourquoi ne répondiez-vous pas ?

R. — Mais ça dépend des moments.

D. — Qu'est-ce qui vous empêchait de parler ?

R. — Je ne sais pas.

D. — M'entendiez-vous ?

R. — Pas très distinctement.

D. — Vous rappelez-vous ce que je vous ai dit ?

R. — Non pas bien.

D. — Vous êtes-vous levée ?

R. — Oui, je crois.

D. — Mais vous aviez les yeux fermés ?

R. — Ah ! ça se peut bien, je ne sais pas.

D. — Dormiez-vous ?

R. — Oui, un peu.

D. — Vous ne dormiez pas complètement puisque vous vous levez ?

- R. — Je ne me souviens plus.
 D. — Comment vous trouvez-vous ?
 R. — Bien... oui... bien..., un peu triste par moments.
 D. — Que faites-vous toute la journée ?
 R. — Je me promène, je vais bien.
 D. — Travaillez-vous ?
 R. — Non, pas du tout.
 D. — Êtes-vous bien ici ?
 R. — Ah ! oui, c'est très gai.
 D. — Vous vous plaisez bien ?
 R. — Ah ! oui, très bien.
 D. — Vous ne désirez rien ?
 R. — Ah ! mais non.
 D. — Y a-t-il longtemps que vous êtes ici ?
 R. — Ah ! oui, quelques années.
 D. — Combien ?
 R. — Douze ans je crois.
 D. — Pourquoi êtes-vous ici ?
 R. — Ah ! je ne sais pas.
 D. — Êtes-vous malade ?
 R. — Non, du tout, je suis bien.
 D. — Êtes-vous mariée ?
 R. — Oui.
 D. — Quand ?
 R. — Il y a 20 ans.
 D. — Avez-vous des enfants ?
 R. — Non, pas d'enfants.
 D. — En quelle année sommes-nous ?
 R. — 1931.
 D. — En mai ?
 R. — En juin, je crois.

La malade sourit, présente une ébauche de conservation des attitudes. Pas de raideur.

Dans la journée, la malade s'occupe quelques fois aux petites corvées, balaie la cour. Elle mange convenablement.

Toute trace de syndrome catatonique a disparu.

Nous avons alors décidé d'assister nous-mêmes au coucher de la malade à l'apparition du début de son sommeil.

Nous l'avons d'abord observée au moment de son dîner.

Le 15 mai à 18 h. — Mme Del. est à table. Elle paraît tout à fait normale, répond très bien aux questions. On lui demande des nouvelles de son appétit ; elle répond qu'il est excellent, que le dîner est bon, etc. L'aspect de la malade est normal. Elle est éveillée. Sa tonicité musculaire est normale.

A 18 h. 30, le dîner fini, Mme Del. se déshabille et devant nous se couche. Une fois au lit, elle présente très nettement le phénomène de

l'oreiller psychique. Peu à peu les paupières se ferment, puis présentent des petits battements rapides. *On la secoue ; elle ne répond pas. On l'interpelle vigoureusement, sans résultat. On cherche à lui ouvrir les paupières. Elle présente une résistance marquée et de plus en plus intense. On veut lui plier le bras : résistance énorme, véritable négativisme. On cherche à lui fléchir la jambe sur la cuisse : résistance invincible.*

Conservation très marquée des attitudes.

Réflexes plantaires en flexion.

On continue à la secouer, à l'invigorer par tous les moyens : au bout d'un quart d'heure de ces manœuvres incessantes, elle commence à parler mais ne répond pas aux questions posées. Les paroles se déroulent automatiquement comme dans une conversation intérieure. Au début de cet accès de verbigération, les yeux restent clos. Voici les paroles notées aussi fidèlement que possible : « Alors, elle a parlé, la demoiselle, elle a écrit. Qu'est-ce qu'elle a répondu ? Après ça quand ils ont été faire le soi-disant Monsieur, la demoiselle a foutu le camp et puis en disant cela ils ont jété le... et la demoiselle en question a fait parler le roi puis un beau jour la demoiselle avait pris le camp d'un certain Monsieur lorsqu'il n'y avait rien de vrai. Elle a précédé 3 francs il paraît la demoiselle aussi sans y compter... son fils ou sa fille... activez... un jour il dit comme cela : c'est une garce, au moins il a foutu le camp, il paraît que M. Ves. a toutes les veines et puis Monsieur est parti et en disant cela il est intervenu et puis, je ne sais pas, comme il n'y avait rien du tout un soir il rencontre une femme, il lui dit : à tous le roi descend et lui dit : c'est des tas de brigands oui, saloperie, oui saloperie et puis il a mis tout en bas, il paraît que ces gens-là ont foutu le camp ; un beau jour Suzanne se remet d'aplomb et dit : c'est la boustifaille et un jour en parlant d'ovaires elle dit : c'est une sale bête, etc... » Nous essayons d'arrêter la malade en la secouant et en l'interpellant.

D. — Qu'est-ce que vous dites ?

R. — Ah ! (comme sortant d'un rêve) : Je ne connaissais pas le roi du tout...

La malade reprend alors son bavardage « ...un jour, je reviens, je descends ici, c'était moi qui me sauvais... alors, très bien pour une madame ». On la secoue à nouveau en lui parlant. Elle se réveille à nouveau.

D. — Vous ne m'entendez donc pas ?

R. — Ah ! Ah ! mais oui, mais si, je vous entends, ah ! voyons.

On lui demande alors de s'habiller pour venir au bureau : elle se met à chercher ses effets *comme dans un rêve*, puis part en chemise.

D. — Mais voyons, il faut vous habiller !

R. — Ah ! oui, c'est vrai, voyons !

La malade à ce moment se met à regarder tout autour d'elle, prend son linge, se trompe, passe sa jupe sur son dos et attend.

D. — Mais il faut mettre votre jupe !

R. — Oui, attendez. Ah ! ça va vite !

Elle met ses souliers, puis, en ajustant sa ceinture dit : « Ah ! mais le train est à 8 h. 50. Ah ! ça va vite... » et reprend sa litanie : « Je croyais voir le roi dans le brouillard... On avait installé Mlle Suzanne, le vert vous saisissait, le genre d'oriflamme, celui-ci avait écrit au roi de la part de M. Rey que je connais très bien, etc..., etc... »

Les yeux de Mme Del. sont maintenant franchement ouverts. La malade a l'aspect bien éveillé ; toute raideur a complètement disparu. La voici habillée ; on la conduit au bureau, on l'installe sur un fauteuil. La verbigération continue sans arrêt « alors, comment M. Hoover est véridique, mais qu'est-ce que ça vous regarde, alors je crois que c'est moi qui embrouille et qui débrouille. Ah ! tiens ! une panne, j'ai pas besoin qu'on vienne m'ouvrir ». La malade parle en balançant la tête avec une mimique expressive, multiplie les gestes, faisant des « oui » de la tête, des « oh ! » avec une riche gamme de tonalités vocales, des mouvements de surprise, des signes d'interrogation, etc..., etc...

Le même jour à 19 h. — On la couche sur le canapé du bureau, inconfortablement, sans oreiller : la verbigération s'arrête net. La malade reste immobile, les yeux ouverts, puis, au bout d'une minute s'assoit spontanément et recommence à parler un peu puis s'arrête. Elle est alors parfaitement éveillée.

On la recouche, la tête sur l'oreiller. On reste auprès d'elle quelque temps ; elle ne s'endort pas. (Tout le monologue ci-dessus a été débité à mi-voix la malade ayant le regard vague et comme s'adressant à elle-même).

A 21 heures. — Nous entrons dans le dortoir obscur. Nous trouvons Mme Del. couchée avec l'oreiller psychique, contractée, les membres fléchis, clignotant des paupières et présentant des petites secousses de la tête. On la touche, on essaie de la réveiller, on l'appelle. Pas de réponse. La figure est raide, les mâchoires contractées mais les membres sont souples quand on essaie de les déplacer. Plus on essaie de lui ouvrir la bouche, plus elle résiste. On l'incite encore, on l'interpelle, on lui demande si elle entend. Elle fait « oui » de la tête, mais n'ouvre pas la bouche. On la découvre. Elle ramène vivement les couvertures sur elle-même avec une souplesse étonnante puis, tout d'un coup se lève et court comme une flèche jusque dans le couloir où on l'arrête. Elle revient alors posément, ouvre les yeux, s'intéresse à ce qui se passe dans la cour, revient à son lit, se recouche, présente aussitôt à nouveau l'oreiller psychique et reprend la même attitude qu'à notre entrée.

Le 17 mai, à 9 h. — La malade a été laissée au lit (d'habitude elle se lève vers 7 h.).

On la trouve parfaitement éveillée, parlant très facilement. On lui demande si elle a bien dormi. « Très bien, très bien. Je suis réveillée depuis 5 h. 1/2 », dit-elle.

Nous ne constatons pas le moindre signe de catalepsie ni de catatonie. L'aspect de la malade est normal. A noter seulement qu'à l'invitation de tirer la langue, la malade ne montre et semble ne pouvoir montrer que le bout de celle-ci.

Entre le 17 mai et aujourd'hui, nous avons vu souvent Mme Del. Son comportement dans la journée n'a pas varié. Elle ne s'occupe que d'une façon irrégulière, répond à toutes nos questions avec un sourire épanoui, mais ne présente aucun signe de la série catatonique. Par contre la catatonie reparaît au moment du sommeil le soir.

Le 27 septembre. — Répétition de la même scène. Contractions considérables des peauciers de la face. Pendant que nous étions auprès de la malade, elle a une légère émission d'urine. (A noter que Mme Del. n'a plus de gâtisme urinaire depuis des années).

Comme nous le montre l'observation précédente, on peut donc constater que chez cette malade, le sommeil s'accompagne régulièrement d'un syndrome catatonique typique. On note, en effet, à ce moment, de la raideur active, un négativisme intense, une conservation très accentuée des attitudes, enfin, la substitution à une activité cohérente, de manifestations automatiques avec déroulement de la pensée intérieure, verbigération et impulsions.

Aussitôt la nuit passée et le réveil effectué, toute trace de syndrome catatonique disparaît et la malade est complètement transformée, reprenant une activité normale et une pensée cohérente. Nous nous étions demandés au début, afin d'éviter toute cause d'erreur, si d'autres éléments que le sommeil, en particulier, la position, n'entraient pas en jeu dans la production de ce syndrome catatonique. Or, nous avons fait, à plusieurs reprises, l'expérience suivante : nous avons couché la malade dans la journée, sur un lit, dans une pièce calme et même en réalisant une certaine obscurité. Malgré cela, nous avons pu constater que le sommeil ne venait pas et qu'elle ne présentait, en même temps, aucun signe de catatonie. Catatonie et sommeil sont donc, chez cette malade, intimement liés.

Les faits cliniques que nous venons de rapporter, non seulement confirment l'existence de certaines parentés entre la catatonie et le sommeil, mais encore mettent en évidence le rôle du sommeil dans l'apparition de certains syndromes pathologiques du système nerveux (1). On sait, en effet, que c'est au cours du

(1) Ces parentés de la catatonie et du sommeil (qui ne vont pas d'ailleurs sans certaines différences) permettent de comprendre l'existence de catatonies intermittentes survenant parfois sous formes de véritables crises, et dont divers exemples sont rapportés dans la thèse de notre élève *Sidawy*. (La catatonie intermittente. Diagnostic différentiel avec la crise de catalepsie hystérique. *Thèse Paris*, 1931, Lac., éditeur).

sommeil qu'apparaissent également certaines secousses musculaires et aussi souvent certaines crises d'épilepsie. Il y a là une véritable loi de la pathologie du système nerveux, loi en vertu de laquelle certains syndromes pathologiques n'apparaissent qu'à l'occasion de la baisse du seuil d'activité nerveuse. A ce point de vue il est intéressant de rapprocher la catatonie et l'épilepsie qui, comme l'un de nous y a insisté avec de Jong (1), mettent en œuvre des décharges un peu analogues mais d'intensité différente. Ces décharges ont souvent pour caractère commun, d'apparaître de préférence au cours de la baisse de la tension psychologique, baisse qui ne peut s'expliquer d'ailleurs que par une perturbation correspondante dans le système nerveux. Ce sont là des phénomènes que nous proposons de désigner sous le nom de « *décharges sous basse tension* ». Ces phénomènes peuvent être apparentés aux lois générales des décharges dans le système nerveux central, étudiées par de Jong (2), mais ils méritent une étude spéciale (3).

A ce point de vue, la notion de sommeil et des différents phénomènes d'inhibition du système nerveux central, doit constituer, comme y a insisté encore récemment Pavlov (4) un guide précieux pour le psychiatre en vue de l'exploration des fondements physiologiques des psychoses.

(1) La catatonie expérimentale. *Loco citato*.

(2) DE JONG. — Phénomènes rythmiques du système nerveux normal et malade. *Revue Neurologique*, n° 3, mars 1928.

(3) Il reste en effet à préciser les rapports qui existent entre la tension psychologique et la tension nerveuse, d'une part et la production des décharges pathologiques, d'autre part. A ce point de vue on peut distinguer deux ordres de faits : dans la première variété, les décharges se produisent à l'occasion de tout ce qui élève la tension psychologique : attention, émotion, etc. C'est ce qui se produit dans le tremblement parkinsonien qui, comme l'a montré De Jong et aussi Froment, est un tremblement d'action. Au contraire, dans la catatonie et d'une façon générale dans toutes les manifestations d'automatisme psychomoteur, les décharges (c.-à-d. la raideur, les stéréotypies, les hyperkinésies, etc.) se produisent à l'occasion de la baisse de la tension psychologique (détente, sommeil) et peuvent disparaître (du moins quand la maladie n'est pas encore trop accentuée) lorsqu'on élève cette tension psychologique par l'imagination, ou par la fixation de l'attention, quand c'est encore possible. Il y a là tout un champ d'étude psycho-physiologique que nous ne pouvons ici qu'indiquer.

(4) J. P. PAVLOV. — Essai de digression d'un physiologiste dans le domaine de la psychiatrie. *Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie*, volume XXXVIII dédié à Gley et à Heymans, 1930, p. 222, Doin, éditeur.

Fétichisme du pied chaussé. Hérédo-Syphilis,
par MM. L. MARCHAND et H.-A. FULLER.

Outre son intérêt clinique, ce cas entraîne quelques réflexions à propos du terrain hérédosyphilitique sur lequel il s'est développé. C'est à ce double titre que nous le présentons à la Société.

A. M., homme intelligent et cultivé, exerçant une profession libérale, âgé de 31 ans, entre à l'Asile Ste-Anne le 3 septembre 1931 pour un léger épisode confusionnel dont le début a coïncidé avec un surmenage intellectuel intense et dont la guérison survint rapidement.

Ce sujet est atteint de fétichisme du pied chaussé ; les premières manifestations sont apparues à l'âge de 7 ans. C'est à cet âge qu'il commença à éprouver du plaisir à se faire piétiner par ses camarades, garçonnets ou fillettes, de même âge, de préférence par ceux ou celles qui avaient de jolies chaussures ou des chaussures qui pour une raison quelconque lui plaisaient. A la rigueur il se contentait de chaousons. Le simple contact du pied chaussé lui faisait plaisir et pour y arriver il inventait ou préconisait des jeux au cours desquels il y avait contact du pied ou même coups de pied.

Vers l'âge de 14 ans, au moment où il était ainsi piétiné par une jeune fille, il éprouva pour la première fois l'orgasme voluptueux avec éjaculation. Il put ensuite ressentir parfois les mêmes effets par simple imagination sans contact réel. Il recherchait les foules où il se trouvait dans de bonnes conditions pour satisfaire sa déviation sexuelle. Il lui suffisait de mettre son pied, sa main ou son bras sous le pied d'une voisine sans qu'elle s'en aperçoive pour obtenir l'orgasme vénérien au bout d'un contact plus ou moins long. Il éprouvait consécutivement un sentiment de grand bien-être, d'euphorie.

L'âge de la femme n'avait pas une très grande importance, mais le genre de chaussure jouait toujours un grand rôle ; cependant ses préférences allaient nettement vers les filles ou jeunes femmes jolies et élégantes. Dans certains cas il se contentait de garçonnets, à condition que leurs chaussures ressemblassent à celles des fillettes. Il lui est arrivé d'obtenir satisfaction avec un pied chaussé d'homme qu'il avait pris par erreur pour celui d'une femme et de ne s'apercevoir qu'après de sa méprise. A noter que ses frères, à partir de l'âge de sa puberté, furent éliminés du nombre des personnes propres à satisfaire ses désirs. Sa famille a toujours ignoré sa perversion sexuelle.

Comme le héros de l'histoire de Restif de la Bretonne « Le joli pied » (1), il a parfois eu le désir de collectionner des chaussures de femme, mais il a été retenu par la crainte d'être découvert. Il se contentait de regarder, de manipuler furtivement et quelquefois de

(1) RESTIF DE LA BRETONNE. — *Le Joli Pied*, Paris, 1785.

lêcher les chaussures qui lui plaisaient ; mais il avait soin de les remettre à leur place.

A. M. éprouve du plaisir à regarder les catalogues ou réclames sur lesquels figurent des dessins de chaussures de femmes. Il en a souvent dessiné. Ce genre d'exercice, comme celui de manipuler et de lécher les chaussures, lui sert plutôt d'excitant.

A noter que le malade n'a aucun souvenir d'un événement quelconque qui aurait déclanché son fétichisme comme dans la classique observation de Krafft-Ebing. Ses rêves érotiques ont toujours pris la forme de ses préférences de veille et il y est toujours question de pied de femme chaussé ; il en a assez souvent, qui vont jusqu'à l'orgasme. Les femmes ou leur corps ne l'intéressent nullement.

Vers l'âge de 20 ans, se trouvant en contact avec plusieurs jeunes filles, il éprouva un penchant particulier pour l'une d'elles. Il pensa à se marier et fit en vain des efforts pour refouler ses désirs de piétinement. Il s'ensuivit une crise d'asthénie qui dura plusieurs mois. N'éprouvant aucun désir sexuel en dehors du piétinement, il pensait pouvoir contracter un mariage « blanc », répondant à un idéal qu'il s'était formé.

A 22 ans, il est fiancé. Pendant toute la durée des fiançailles, il ne peut s'empêcher de regarder furtivement les chaussures de la jeune fille. Marié, il fait un voyage de noces dont il a conservé des souvenirs assez pénibles. Il ne chercha point à consommer le mariage, mais il éprouvait un certain plaisir à toucher le corps de sa femme. à la soulever dans ses bras, à l'asseoir sur ses genoux, s'arrangeant dans ce dernier cas pour que leurs pieds viennent en contact sans qu'elle s'en aperçoive. Sa femme de son côté déployait toute l'instinctive coquetterie de son sexe et cherchait constamment un rapprochement normal. Quand elle y mettait trop d'insistance, il lui manifestait son mécontentement. Aux yeux du monde ils avaient cependant l'apparence d'un couple uni.

Au bout d'un certain temps, le désir de piétinement que le malade avait refoulé, réapparut avec une force irrésistible et il finit par demander à sa femme de le piétiner. Après une faible résistance, elle y consentit ; mais de peur de lui faire du mal elle exigea qu'il se recouvrit d'épaisses couvertures. Il ressentit la même satisfaction que celle qu'il éprouvait avant son mariage et l'acte fut suivi d'orgasme vénérien avec éjaculation. Une fois commencées, ces séances de piétinement continuèrent en moyenne une fois par semaine, d'abord à pieds nus, puis chaussés. A noter que le piétinement à pieds nus suffisait pour obtenir la satisfaction de son désir, mais il préférait les pieds chaussés. Il en est arrivé à faire piétiner son corps tout nu et il exigeait que sa femme fût chaussée. Il n'éprouvait aucune douleur du fait du piétinement, mais seulement une sensation voluptueuse jusqu'au moment de l'orgasme ; alors seulement il ressentait la douleur causée par les chaussures et il faisait cesser le piétinement. Il paraît que sa femme finit par prendre elle-même un certain

plaisir à pratiquer ce piétinement. De son côté elle ne tarda pas à lui demander des caresses plus normales : attouchement des seins, baisers sur la bouche, que le mari lui accordait par réciprocité sans y prendre plaisir lui-même. Cependant, se rendant parfaitement compte de l'anomalie de leur situation, il essaya à plusieurs reprises de pratiquer un coït normal. Il aimait sa femme sincèrement, intellectuellement, et il avait remarqué qu'elle était prise de temps à autre de crises de tremblement que sans doute il rattachait vaguement à son manque de satisfaction sexuelle. Ses tentatives de coït restèrent infructueuses pendant longtemps.

Sa femme présenta alors des troubles nerveux caractérisés par des fugues, des accès de mutisme, des crises de tremblement, par un état sur lequel on peut mettre le terme de pithiatisme ou d'hystérie. Alarmé, A. M. se décida à aller consulter un médecin, qui après examen des époux déclara que la difficulté provenait d'une disproportion dans leurs organes génitaux respectifs et conseilla au mari de persister dans ses essais en employant un lubrifiant. Le mari continua ses essais et après de nombreuses tentatives il parvint une fois par hasard à un rapport normal. Cela transforma la vie des époux. La femme devint normale ; la déviation sexuelle du mari disparut pendant un certain temps. Une grossesse survint et entraîna, sur la demande même de la femme, la cessation des rapports conjugaux. La déviation sexuelle du mari reparut, mais il eut la volonté de la refouler. Sa femme accoucha d'un enfant mort-né et elle succomba de septicémie le lendemain de l'accouchement. Le mari eut beaucoup de chagrin et fut atteint lui-même d'angine diphtérique.

Dès son rétablissement, son fétichisme reparut. Depuis, il a recours aux prostituées. Il les prend de préférence dans la rue parce que cela lui permet de choisir des chaussures à son goût. Il trouve ainsi une satisfaction facile et n'a plus besoin de rechercher dans les foules le contact des chaussures. Le genre de souliers, le fait que lui-même soit habillé ou non, le poids de la personne, sont des éléments variables d'un jour ou d'une semaine à l'autre. La perversion sexuelle s'estompe quand il se livre à un travail qui l'intéresse particulièrement.

Antécédents personnels : pas de maladies graves durant la première enfance. Pas de convulsions infantiles. A 7 ans, rougeole suivie d'otite, puis de mastoïdite qui nécessita une intervention. Développement intellectuel normal. Etudes brillantes terminées par l'obtention du diplôme d'ingénieur des Arts et Métiers.

C'est à la suite d'un surmenage intellectuel intense que ce sujet vient d'être atteint d'une bouffée délirante qui a nécessité son internement avec un certificat d'entrée ainsi conçu : « Etat d'excitation « psycho-motrice. Fuite des idées. Incohérence des propos. Affirmations ambitieuses. Il a fait une grande découverte, demande l'application de sa théorie qui permet d'obtenir chaque jour tout l'argent « dont on a besoin. Avec son système ce sera le triomphe de l'indivi-

« dualisme puisque l'homme est né bon. Maniérisme. Parle les yeux « fermés, prend une petite voix de femme. Turbulence. Violences « possibles. Crache tout autour de son lit. Début récent et subit des « troubles. Héritéité vésanique. Possibilité d'hérédo-spécificité. »

L'examen du sang a donné des réactions de Wassermann, de Kahn et de Meinicke négatives.

Ponction lombaire : tension 55 ; albumine 0,28 ; Pandy et Weichbrodt 0 ; leucocytes 0,6 ; benjoin 00000.02222.00000 ; B.-W. et Meinicke négatifs.

Cette bouffée confusionnelle disparut en quelques jours et le malade a quitté Ste-Anne le 4 octobre dernier.

Antécédents héréditaires : père syphilitique, mort d'une aortite spécifique à 52 ans. Mère âgée de 57 ans, bien portante. Elle a fait trois fausses couches.

Notre malade a deux frères plus jeunes que lui. L'un est âgé de 26 ans. Il a été atteint de convulsions infantiles et a eu une enfance malade. A partir de l'âge de 16 ans, il a manifesté des ambitions intellectuelles et artistiques non en rapport avec ses capacités intellectuelles. Otite suppurée à 19 ans. A 20 ans, il a présenté des troubles mentaux qui ont nécessité son internement à la 3^e section des aliénés difficiles de Villejuif. Il avait volé une somme de mille francs à sa mère ; pour la restituer il eut recours à une tentative de meurtre : étant en chemin de fer, il a tiré un coup de revolver sur un voyageur inconnu dans le but de le dévaliser pour rendre la somme soustraite à sa mère. Les divers certificats notent : « Déséquilibre mental avec « hyperactivité imaginative. Phase de dépression à base d'hypo- « condrie sexuelle avec dégoût de la vie, tendance au suicide. » Le malade est resté interné du 9 octobre 1925 au 2 mars 1928. Le certificat de sortie est ainsi conçu : « A été interné pour une phase de « dépression hypocondriaque au cours de laquelle il avait commis « une tentative de meurtre sur un inconnu. Disparition totale de « l'état pathologique de dépression et de surmenage sexuel au cours « duquel la réaction antisociale s'est produite. » Signé : Guiraud. Depuis sa mise en liberté, aucune récurrence des troubles mentaux. Actuellement ce jeune homme gagne normalement sa vie.

Le deuxième frère est âgé de 23 ans. Rien à noter dans ses antécédents. Il est sorti cette année de l'Ecole Polytechnique.

Du point de vue clinique, il s'agit d'un cas de fétichisme pur, sans masochisme, sans sentiment d'humiliation. D'après les travaux récents de Krafft-Ebing (1), qui a particulièrement étudié cette forme de perversion sexuelle, il y aurait presque toujours chez ces malades une association de fétichisme et de masochisme avec instinct d'humiliation de soi-même plus ou moins conscient.

(1) KRAFFT-EBING. — *Psychopathia Sexualis*, Payot, édit., 1931, p. 260.

Il est vrai que, comme le fait remarquer cet auteur, le masochisme peut se développer après le fétichisme et il est possible que cette association se produise plus tard chez notre sujet ; mais pour le moment notre cas est une forme pure de fétichisme du pied chaussé auquel s'est adjoint d'une façon transitoire le fétichisme de la chaussure seule, sans collectionnisme.

Nous n'insisterons pas sur le début précoce de la perversion, sur l'état psychique du sujet qui a pleinement conscience du caractère pathologique de sa déviation sexuelle, sur ses tentatives de refoulement suivies d'asthénie, particularités qui sont signalées dans la plupart des observations. Par contre, il est un point qui, à notre connaissance, n'a pas encore été signalé par les auteurs : c'est l'absence de douleur pendant le piétinement, quelque violent soit-il, et l'apparition de celle-ci immédiatement après que l'orgasme vénérien s'est produit. Il s'agit là d'une analgésie psychique signalée souvent au cours de certains états affectifs accusés.

Enfin, il est particulièrement intéressant de noter que notre sujet est un hérédosyphilitique et on peut penser que cette hérédité n'a pas été sans jouer un rôle important dans le développement de la perversion sexuelle. Cette supposition est d'autant plus admissible que son frère, qui supporte la même tare, a été atteint aussi de déséquilibre mental avec hyperactivité imaginative. A côté des accidents nerveux hérédospécifiques de nature nettement organiques, il y a lieu de tenir compte de ceux moins bien connus qui se présentent sous la forme d'une simple constitution morbide comme le fait s'est produit chez ces deux frères.

M. Achille DELMAS. — De tels pervers dans leur passé sont timides, doux, émotifs. Ils sont à tort comparés à des filles, parcequ'ils fuient les jeux violents. Ce sont des pervers acquis, car ce n'est que vers 8 ou 10 ans qu'apparaît l'anomalie à l'occasion d'un événement émotionnant comme la bagarre du cas rapporté ici. Mais cette acquisition ne peut être faite que par un prédisposé, c'est-à-dire par un sujet émotif et dépressif constitutionnellement. Chez ce malade, la volupté du piétinement est en faveur d'une alliance du masochisme au fétichisme.

M. DUPOUY. — Pour les psychanalystes, le soulier symbolise le vagin et le pied dans le soulier symbolise la copulation. Le fétichisme du soulier vide est plus fréquent que celui du soulier chaussé. Ce malade semble avoir les deux. Habituellement, les fétichistes pour déterminer la volupté recourent à la masturba-

tion devant ou contre le fétiche. J'ajoute qu'à moi aussi le piétinement me paraît une preuve de masochisme.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Le cas de M. Marchand concernant un hérédo-syphilitique, me permet de rappeler que j'ai rapporté à l'Académie de Médecine, un cas également d'hérédo-syphilis (1) :

Il s'agissait d'un grand adolescent de seize ans, très joli garçon et racé. Elevé dans les jupes de sa mère, veuve, par un précepteur abbé, il ne connut pas le coude-à-coude des collègues et son âme est liliale. Mais de caractère un peu inquiet, il confie l'émoi étrange qu'il ressent depuis qu'il est homme, à la vue des femmes, dont les pieds paraissent trop serrés dans leurs bottines. C'est presque la podophilie de Restif de la Bretonne, mais ici sans la moindre trace de perversité. La facilité de l'émoi génital s'explique par une vagotonie très marquée.

Inquiétude, doute et vagotonie trouvent leur explication dans l'hérédo-syphilis.

Les formes arrêtées ou fixées de la Démence précoce, par M. HEUYER et M^{lle} SERIN.

Résumé : Il ne s'agit pas d'une forme nouvelle de la démence précoce. Plusieurs auteurs ont décrit cette forme évolutive spéciale dans laquelle, après un début par un syndrome délirant et hallucinatoire avec désordre des actes qui a nécessité l'internement, la maladie présente une sorte de rémission avec disparition du délire et des hallucinations, mais avec persistance d'un affaiblissement intellectuel simple, incapacité de mener une vie sociale normale, diminution de l'activité laborieuse, et possibilité simple de mener une vie quasi-inactive dans le cadre de la famille. — Les auteurs ont étudié l'affaiblissement intellectuel dans cette forme de la démence précoce dont l'évolution a été très longue. Ils ont trouvé, dans les six observations qu'ils rapportent, un abaissement du niveau mental mesuré avec les tests de Binet-Simon et Terman avec atteinte des fonctions supérieures d'association, de comparaison et d'abstraction, appréciables par certains tests. — Alors que chez certains des malades l'affectivité paraît peu touchée, l'abaissement du niveau mental et la diminution de l'activité laborieuse constituent bien un déficit intellectuel et pragmatique, une démence.

Cette communication sera publiée *in extenso* comme Mémoire original dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

(1) Les dysthymies sexuelles ingénues. (Ac. de médecine, *Bull. de l'Académie et Informateur médical*, 12 mai, p. 2).

M. HENRI CLAUDE. — Ces arrêts dans l'évolution de la démence précoce sont bien connus depuis longtemps. Et je suis d'accord avec l'auteur en ce qui concerne les longues durées de ces fixations. Je pourrais citer des exemples ; un homme de 36 ans, par exemple, dont le niveau mental est resté à celui d'un enfant de 7 ans, depuis son internement vers les 16 ans, peu après un échec au baccalauréat ; un vieux dément qui, 2 fois par an, était capable sans provoquer de scandale de quitter l'asile pour passer la journée chez ses parents. Mais, contrairement à l'auteur, je pense que dans ces cas l'affectivité est toujours atteinte.

M. HALBERSTADT. — Ces fixations qui permettent la vie hors de l'asile de certains déments ont une importance médico-légale. J'ai vu, comme expert, des tentatives de parricide et des vols commis par de tels déments irresponsables. C'est de telles fixations méconnues qui ont pu donner naissance à la conception de la schizophrénie tardive. En réalité, ces schizophrènes de la cinquantaine, ont eu une poussée dementielle vers la vingtaine, mais la maladie n'a pas évolué.

M. SCHIFF. — L'examen des schizophrènes par la méthode des tests que nous faisons actuellement d'une façon systématique à l'hôpital Henri-Rousselle, avec Mlle Weinberg, ne confirme pas l'opinion des auteurs sur l'existence obligatoire d'un affaiblissement intellectuel chez ces malades.

M. GUIRAUD. — Le fonds mental des schizophrènes peut être égal et même supérieur à celui des individus normaux. C'est le cas d'un sujet que j'ai longuement observé, qui a commis des actes antisociaux pathologiques et qui, quoique légitimement interné pour cela, se livre à des études et à des recherches mathématiques que seuls les spécialistes peuvent suivre et dont ceux-ci reconnaissent la grande valeur. Le déficit des déments précoces type Kropelin n'est pas primitif, il est acquis. Il est comparable à celui de certains épileptiques qui, internés depuis de nombreuses années, sont devenus déments. On ne doit pas pour cela considérer cette démence comme un signe fondamental d'épilepsie. Le fait qu'un individu ne répond pas à la question d'un test n'est pas une preuve qu'il ne puisse pas y répondre.

M. HENRI BARUK. — Le malade cité par M. Guiraud est actuellement encore un mathématicien de grande valeur. En dehors des moments consacrés à ces spéculations, il est dans un état de

demi-sommeil avec apathie et indifférence. Ici, comme dans la schizophrénie, il y a épuisement intellectuel, mais non démence.

M. HEUYER. — Nos faits ne sont pas nouveaux. Mais nous les rapportons pour légitimer une opinion doctrinale : la démence précoce est avant tout une démence. La schizophrénie est une démence également. Il n'y a pas lieu de la distinguer de la démence précoce. Il n'y a entre elles qu'une différence de groupement de symptômes et non une différence d'évolution.

Automatisme mental délirant au cours d'une sinusité frontale double à évolution lente chez un ancien traumatisé du crâne, par MM. DUFOURMENTEL et R. LARGEAU.

Parmi les phénomènes neurologiques ou psychiques, parfois observés au cours des sinusites frontales, on note habituellement une céphalée localisée à la région sinusale, mais parfois aussi plus diffuse, céphalée souvent très vive et même insupportable, c'est elle qui domine en général la scène et peut masquer divers autres troubles plus atténués, mais qu'on retrouve très fréquemment : diminution de l'attention et du jugement, difficulté d'application, diminution de l'activité et fatigabilité intellectuelle, instabilité. Ces différents signes psychiques sont d'ailleurs assez banaux pour ne pas toujours retenir l'attention de l'observateur.

Le malade dont nous rapportons ici l'observation nous a montré que des lésions des sinus frontaux peuvent parfois déclencher des phénomènes psychiques beaucoup plus intenses et entraîner à plus ou moins longue échéance des troubles délirants très accusés.

Le 30 mars 1931, l'un de nous était mandé auprès d'un homme de 37 ans, employé d'assurance, qui depuis quelques jours manifestait une excitation psychique et motrice assez vive qui inquiétait son entourage. A notre arrivée, le malade reposait dans son lit parfaitement orienté, et nous accueillait avec une certaine euphorie et une cordialité un peu excessive qui frappait immédiatement ; néanmoins l'attitude et les gestes étaient corrects.

Depuis plusieurs mois, l'entourage notait chez M. H... une certaine tristesse avec concentration de l'esprit et tendance à l'isolement, alternant avec des phases de jovialité un peu insolite accompagnées d'attitudes ou de gestes bizarres. Puis peu à peu ces symptômes s'accusaient jusqu'à nécessiter la suppression de tout travail.

Il n'existait aucun antécédent névropathique ou psychopathique, tant personnel que familial. Toujours parfaitement normal et en excellente santé, M. H... subit pendant la guerre plusieurs blessures :

Le 4 août 1916. Il est enterré par un obus dont un éclat enfonce son casque dans la région temporale gauche, sans déterminer de lésions crâniennes, mais forte commotion cérébrale avec perte de connaissance pendant plusieurs jours, aucune séquelle neurologique ou psychique.

Le 20 novembre 1917. Nouvelle commotion par obus avec choc sur la tête dans la région occipitale et nouvelle perte de connaissance qui dure assez peu et ne laisse aucun trouble après elle.

Le 18 août 1918. Une balle dans le pied gauche, puis, démobilisé, M. H... reprend ses occupations et son activité, sans aucun amoindrissement et jusqu'en juin 1926 mène une existence tout à fait normale.

Le 13 juin 1926. Il est renversé par une automobile qui le fait tomber en avant. Violent choc sur la région temporo-pariétale gauche, sans lésions osseuses apparentes. Il n'y a pas de fracture du crâne, pas d'écoulement de sang par le nez ni les oreilles, commotion cérébrale mais pas de perte de connaissance, aucun trouble confusionnel. On ne pratique pas de ponction lombaire. Après 17 jours de lit, le blessé reprend son activité antérieure mais son caractère semble s'être modifié. Son humeur s'assombrit. Il s'isole facilement. Des céphalées frontales bilatérales apparaissent assez souvent. Irritabilité, agressivité, tristesse, avec phases normales.

Près de 3 ans après, *le 26 mars 1931*, à son bureau, il entend brusquement un employé parler de lui dans une pièce voisine et dire : « Il a mal réussi, il va faire faillite. » Le lendemain, nouvelle conversation le concernant et nettement perçue, et brusquement il se croit appelé à un autre étage par un collègue. Il y descend et ne trouve personne.

Deux jours après, c'est sa femme qui « lui parle intérieurement de chez elle jusqu'à son bureau : phrases quelconques, sans caractère injurieux, mais qui ont trait à sa propre vie ».

Dès lors se développe un syndrome d'excitation avec hallucination qui s'amplifie les jours suivants, et nécessite une surveillance et un isolement :

Excitation psychique assez vive mais sans excitation verbale. Orientation parfaitement conservée, obtusion, difficulté de l'attention et de l'application. Modifications notables du caractère alternativement sombre et triste ou gai et particulièrement euphorique. Rires, propos sarcastiques et ironiques. S'il y a confusion mentale, celle-ci est tout à fait minime.

Il y a en outre une excitation sexuelle anormale et la disparition complète de toutes notions morales et des convenances.

Enfin et surtout l'interrogatoire révèle l'existence d'un véritable automatisme mental que le malade n'extériorise que peu à peu. C'est uniquement un automatisme verbal :

1° *Hallucinations auditives verbales.* Des voix du dehors, des passants sont entendues distinctement. Elles se rapportent aux gestes

et aux attitudes du malade, mais ne présentent aucun caractère injurieux, elles sont plutôt apitoyées ou consolantes. Quelques-unes cependant lui font des reproches. La voisine l'appelle ou lui adresse de tendres paroles, puis lui reproche de trop s'intéresser à ses filles.



Radiographie du crâne le 15 mai 1931. Opacité du sinus frontal gauche.

D'autres lui commandent de se rendre dans son jardin pour être mieux épié.

2° *Hallucinations psychiques, auditivo-motrices.* Elles semblent les plus nombreuses : la voisine, ses filles, des collègues de son bureau ou des membres de la société où il est employé lui parlent : mots ou phrases sans sonorité, sans extériorité, « poussés directement dans le cerveau », conversation intérieure de plusieurs êtres qui parlent en

lui et de lui sans qu'il puisse s'y opposer. On dit du mal de lui, on le plaint, on se moque de lui, la voisine énonce des propos obscènes et le traite de monstre. Il va être en faillite, on lui doit 100.000 fr., on déroule tous les souvenirs de sa vie. Echos de la pensée, sa pensée est répétée avant même qu'il ait pu l'énoncer.

Il répond mentalement, et très rarement à haute voix, et par monosyllabes à ses voix. Une conversation intérieure très active s'établit qu'il ne peut arrêter. Il en sourit, s'en irrite ou s'en afflige, mais ne fait aucune menace.

Il explique peu à peu ces phénomènes par des ondes herziennes qui lui apportent ses voix par des microphones qu'il cherche dans ses poches. Une société de cinéromans fait dérouler en lui par T. S. F. la plupart des conversations qu'il entend, on enregistre sa pensée sur un appareil spécial ; interrogé sur ce qu'il entend, il dit : « Ce sont des bêtises », et sourit.

Il n'existe aucune hallucination psycho-motrice, visuelle, gustative ou olfactive.

L'examen neurologique ne révèle rien d'anormal ; aucun trouble de l'équilibre, moteur, sensitif, ou des réflexes tendineux. Pas de signes d'apraxie. Aucun trouble pouvant rappeler la comitialité, pas d'absences, ni d'amnésie grossière.

L'état général demeure bon. Température entre 37 et 37,5. Pas de vomissements. Alimentation assez bonne. Pouls à 84. Cœur normal. T. A. = 11,5-8. Pas d'amaigrissement, urines normales.

Les antécédents pouvant faire craindre des complications intracranienues des traumatismes, on fait un examen de fond d'œil qui ne montre aucune altération de la pupille.

Le liquide céphalo-rachidien n'est pas hypertendu, il est clair et contient 1,5 lymphocytes et 0 gr. 20 d'albumine. Wassermann et benjoin négatifs.

Radiographie du crâne par M. Lagarenne à l'Hôtel-Dieu : profil = néant. Face = sinus frontal *gauche* opaque.

Examen du nez : normal, mais sinus frontal gauche obscur et aplati.

Première intervention le 18 mai 1931 : anesthésie générale au chloroforme. Trépanation du sinus frontal gauche qui est trouvé aplati, dans le sens antéro-postérieur et dont la paroi antérieure est épaissie, rugueuse, inégalé, et présente des saillies intérieures. Esquilles et débris osseux. Nettoyage et drainage par le nez. Les jours suivants, les phénomènes psychiques s'amendent, la céphalée cesse, « les voix ne parlent plus ». Il n'y a pas de fièvre. Convalescence à la campagne.

Mais en juillet, les phénomènes reprennent. Réapparition de l'automatisme mental avec hallucinations identiques. Déroulement automatique des souvenirs, propos malveillants proférés par son beau-père. Néanmoins les voix sont perçues moins nettement qu'avant l'intervention.

Remis en observation: aucun amaigrissement, sinus gauche en apparence normal, sinus droit difficile à examiner, mais suspect.

Les phénomènes se maintiennent ainsi jusqu'au 8 octobre 1931. Nouvelle intervention :

Trépanation du sinus frontal droit qui est rempli de pus fétide sous pression avec fongosités. Drainage large par le nez.

Depuis lors, disparition de la céphalée et de tous les phénomènes psychiques, et le malade peut être actuellement considéré comme guéri.

L'intérêt de cette observation nous paraît résider surtout dans le mode d'apparition et l'allure des troubles psychiques. Les lésions des sinus frontaux ne provoquent qu'assez rarement des troubles aussi accusés. Ces troubles psychiques révélateurs de lésions osseuses ont été surtout des manifestations hallucinatoires, un véritable état d'automatisme mental verbal, sans signes confusionnels, l'orientation étant toujours demeurée parfaitement normale. Ces signes qui pouvaient faire penser à un début de psychose hallucinatoire chronique, s'associaient à des variations de l'humeur et à des modifications du caractère un peu analogues à celles qu'on observe au cours des lésions des lobes frontaux : phases de tristesse avec concentration, tendance à l'isolement, irritabilité, et phases de véritable euphorie, avec propos ironiques ou sarcastiques, rappelant la « moria » des lésions pré-frontales. Ces modifications du fond mental contrastant avec l'état antérieur du sujet, nous semblent dues à la localisation frontale des lésions.

Mais des troubles psychiques aussi intenses ne peuvent être apparus qu'à la suite d'une longue évolution des lésions. Un processus inflammatoire aigu ne peut provoquer de manifestations analogues. Il est possible et même probable que les lésions osseuses résultent du traumatisme crânien de juin 1926. Les troubles ne sont apparus que 3 ans après. Sans doute les lésions osseuses évoluant lentement vers la cicatrisation ont-elles pu causer une légère réaction méningée de voisinage qui a elle-même déterminé l'apparition des accidents délirants. Ceux-ci ont complètement disparus après les deux interventions sur les sinus. Il nous a paru intéressant de souligner d'une part, l'aspect de ces accidents et d'autre part la longueur de leur évolution (près de six mois) qui pouvait en imposer pour des manifestations délirantes d'allure chronique.

Valeur séméiologique des mouvements anormaux de la queue du sourcil : étude clinique et électrique, par M. Georges d'HEUCQUEVILLE et Mlle B. NEOUSSIKINE.

Dans les travaux consacrés à la mimique règne une confusion fâcheuse. L'immense majorité d'entre eux sont de simples dissertations physiognomiques; et les lois qui y sont élaborées sont comparables pour la fantaisie à celles des phrénologistes du siècle dernier. Esquirol conseillait déjà cependant l'étude positive de la mimique. « Mais quand on veut passer du territoire des généralités à celui des faits précis, écrit Rogues de Fursac, on constate que ce vaste domaine de la mimique pathologique est encore peu connu. »

L'aspect objectif de la question, l'aspect neurologique, n'a presque pas inspiré de recherches. Et cependant, les muscles de la face peuvent être le siège de paralysies dissociées, d'hypotonies, de contractions toniques, cloniques, asynergiques, comme les muscles des membres. Le clinicien pouvait trouver sur la face des signes importants pour le diagnostic.



C'est dans cet esprit, que, délaissant toute interprétation psychologique, nous avons étudié les contractions du muscle frontal chez les malades, ou plus exactement le rapport des contractions du faisceau latéral de ce muscle à celles du faisceau médian.

Rappelons en quelques mots l'histoire du muscle frontal.

Les anatomistes décrivent le frontal comme un muscle simple, médian, se contractant en masse; son action, d'après eux, se traduit: d'abord par l'élévation des deux sourcils, dont la courbure s'exagère; en outre, chez les sujets d'âge mûr, par l'apparition de rides horizontales au-dessus des sourcils.

Duchenne de Boulogne, dans son ouvrage fondamental (1), adhère à cette conception du frontal se contractant en masse. Il lui décrit un point moteur unique de chaque côté, et assigne à la contraction isolée du frontal la fonction d'exprimer l'attention. C'est Darwin (2) qui, le premier, a rectifié cette vue trop simple: il distingue deux modes de contraction du frontal:

1° la contraction en masse connue de Duchenne;

2° la contraction des seules fibres médianes du frontal, synergique à la contraction du sourcilier: cet ensemble mimique exprime la tristesse. Schüle l'a nommé l'« Oméga » mélancolique.

Il résulte de cette dualité physiologique que le frontal n'est pas un muscle simple, mais qu'il comprend deux faisceaux, un faisceau externe et un faisceau interne ; ce dernier se contracte synergiquement, soit avec le premier, soit avec le sourcilier.

Bourguignon et Humbert ont apporté à cette thèse un argument électro-physiologique de grande valeur (3) : ils ont découvert deux points moteurs du frontal, permettant d'exciter isolément les deux faisceaux ; de plus ils ont trouvé à ces derniers deux chronaxies différentes chez l'homme normal : l'externe a une grande chronaxie (0,48 à 0,72 millièmes de seconde) l'interne une petite (0,24 à 0,36), égale, fait remarquable, à celle du sourcilier.

Donc, le frontal des sujets normaux, comprend deux faisceaux, l'un externe et l'autre interne. Ces deux faisceaux se contractent ensemble, à moins que l'interne se contracte seul synergiquement avec le sourcilier. Ni l'interne, ni surtout l'externe ne se contractent isolément.

Or, voici le signe pathologique sur lequel nous voulons aujourd'hui attirer l'attention : *chez certains sujets le faisceau externe du frontal est le siège de contractions isolées.*

Elles revêtent trois types :

1° Rarement, c'est une contraction volontaire de l'un ou de deux frontaux externes, les internes demeurant au repos : le sujet, sur demande, relève la queue de l'un ou des deux sourcils, comme il pourrait mobiliser le pavillon de l'une des deux oreilles.

2° Les faisceaux externes des frontaux sont le siège de mouvements myocloniques, en éclair, aussi bien au repos, que pendant le discours, ou à l'occasion d'une émotion. La queue des sourcils se relève par secousses ; ces secousses se succédant d'ordinaire par séries de 2, 3 ou 4, d'un seul côté ou des deux côtés. Ces contractions anormales du frontal externe peuvent être suivies ou accompagnées de contractions analogues dans le frontal interne, le sourcilier. Il en résulte des reptations sous la peau du front, reptations décrites depuis longtemps chez les aliénés, ne réalisant aucune des expressions mimiques habituelles.

3° D'une manière permanente, les faisceaux externes du frontal sont contractés fortement, le faisceau interne demeurant relativement hypotonique. Les rides frontales dessinent des M élargis, qui s'accroissent davantage quand le sujet parle, s'émue, sans qu'il en ait conscience.

Le premier type se rencontre rarement, nous l'avons dit, et chez de véritables acrobates de la physionomie. Il peut s'acquérir par l'exercice, et n'a pas, semble-t-il, de valeur clinique. Nous n'au-

rons en vue que les deux derniers, d'ailleurs fréquemment associés entre eux. *Ces troubles, nous allons le montrer, sont l'appanage exclusif de deux catégories de sujets psychiquement tarés : les débiles et les schizophrènes accentués (hébéphrénocatatoniques et délirants paranoïdes).*

*
**

Voici quelques-uns des malades chez qui nous avons observé notamment ou des contractions anormales isolées du frontal externe, ou l'hypertonie permanente de ce muscle, ou encore l'association de ces deux troubles. Nous en citons le même nombre dans chaque groupe ; ils appartiennent au service du D^r Rogues de Fursac à Villejuif (A. V.) ou à l'hôpital Henri Rousselle (H. H. R.).

1° Mlle Cau..., 19 ans (H. H. R.), débile, âge mental : 8 ans, incapable de se conduire seule, hospitalisée à la suite d'une grossesse imputable à l'oncle qui l'avait recueillie. Sourcils bien développés, en accent circonflexe. *La malade relève leur moitié externe par secousses rythmiques bilatérales, très prononcées, au repos et quand elle parle ou s'émeut ; le frontal médian, le reste de la face demeurent immobiles.*

Mlle Les..., 25 ans (H. H. R.), syndrome hébéphrénique puerpéral récent. Maniérisme, intonation stéréotypée, délire incohérent. *Contractions rythmiques des seuls frontaux externes, très apparentes, qui n'existaient pas avant l'apparition des troubles mentaux.*

Mlle Ded..., 30 ans (A. V.), démence précoce ancienne, grande anarchie mimique. Reptations très variées de la peau du visage (la place nous manque pour les détailler), différentes au repos, dans le discours, l'émotion, l'effort, cessant dans l'attention. Au repos, dans l'effort, *soulèvements nets de la queue des sourcils, associés à des moues diverses.*

Mme Lem..., 50 ans (A. V.) ; schizophrénie, mutisme par intervalles, impulsions, ricanement stéréotypé, attitudes extatiques. *Elle relève également par secousses la queue du sourcil droit dans le discours.*

Mlle Faù... (A. V.), démence précoce avec notable affaiblissement intellectuel. Quand elle parle, elle *relève la queue du sourcil gauche grâce à des séries de contractions du frontal externe, sans rapport avec ses paroles, contractions alternées avec des contractions analogues des sourciliers et du releveur de l'aile du nez.*

2° Voici cinq autres malades, présentant des contractions permanentes du frontal externe :

Mme Kre..., 50 ans, est conduite à l'H. H. R. pour un épisode dépressif justifié par un délire pauvre mais absurde, débilité notable. *Son front est sillonné de rides profondes interrompues en leur milieu,*

témoignant d'un déséquilibre entre les deux faisceaux du frontal, au bénéfice de l'externe.

Mme Dem..., 35 ans (H. H. R.), délire paranoïde, automatisme mental. *Relèvement permanent anormal de la queue des sourcils.*

Mlle Bro..., 30 ans (A. V.), idées hypocondriaques évoluant vers le délire de négation, inactivité, réactions inadéquates et stéréotypées. *Les queues des sourcils sont relevées à l'extrême, le reste de la face demeurant hypotonique. Il en résulte une expression étrange, indéfinissable de la physionomie.*

Mlle Cas..., 25 ans (A. V.), vous a déjà été, pour sa mimique, présentée le 27 avril dernier, par l'un de nous, avec M. Bourguignon. La face entière de cette malade est le siège de contractions musculaires toniques et cloniques stéréotypées. Ces contractions, nous l'avons signalé, sont remarquablement fixes dans une journée, mais varient d'un mois à l'autre. En novembre 1930, le frontal était hypertonique, élevant les sourcils et *creusant des rides profondes surtout en dehors*. Mais à partir de janvier 1931, le frontal externe devient hypotonique, et l'on n'observe plus que des contractions du frontal médian.

Pour être impartiaux, nous devons signaler ici la seule malade qui présentait de l'hypertonie du frontal externe, bien qu'elle fût une mélancolique intermittente authentique (Mme Aub..., 50 ans, A. V.). Notons cependant que cette hypertonie s'observe seulement quand la malade est en état de stupeur ; en outre, le terrain sur lequel évolue la psychose est assez débile, bien que cette débilité ne se soit jamais manifestée par des actes pathologiques.

Enfin, voici les malades dont le frontal externe, hypertonique en permanence, présente en outre des contractions rapides, anormales, surajoutées.

Mlle You..., 30 ans (H. H. R.), schizophrénie, rire incoercible, délire incohérent. *Sourcils tirés en haut et en dehors, dont la queue est surélevée démesurément par secousses.*

Mlle Bru..., 35 ans (A. V.), psychose hallucinatoire chronique ancienne ; *même phénomène frontal, rides externes.*

Mlle Vol..., 30 ans ; hébéphrénie ancienne. *Rides frontales très marquées au repos, surtout en dehors. Ondulation du sourcil, la tête, puis la queue étant successivement relevées. Exagération des rides frontales dans le discours et l'effort.*

Mlle Ric..., 25 ans (A. V.), démence précoce, plis frontaux, relèvements rythmés en masse des sourcils, aussi bien en dedans qu'en dehors, *mais surtout en dehors.*

Les cas rapportés, choisis entre de nombreux autres, sont démonstratifs. Sauf le cas douteux de Mlle Aub..., citée ci-dessus, jamais ce signe n'a été observé chez des individus normaux, ni chez des périodiques, des alcooliques, des épileptiques, des déments organiques. Il existe uniquement chez les débiles et les schizophrènes, qui auraient naguère mérité l'épithète de dégénérés.



En avril dernier, l'un de nous présentait ici-même, avec M. Bourguignon (4) une catatonique à la mimique profondément pervertie, dont les chronaxies avaient été trouvées anormales au niveau de trois muscles de la face: *Grand Zygomatique* (point moteur supérieur), *Orbiculaire des paupières* (portion inférieure orbitaire) et *Frontal* (faisceau externe). Les modifications des chronaxies rendaient compte des troubles de la mimique de cette malade.

C'est cette observation, qui a servi de point de départ au présent travail : nous nous sommes demandé si un muscle de la face, atteint même légèrement, ne pouvait pas trahir à l'inspection le trouble de son excitabilité électrique. Un seul présente des conditions physiologiques favorables : le *frontal* ; car les fibres de chronaxies différentes ne sont pas mêlées entre elles, comme dans les autres muscles, mais groupées en deux faisceaux : l'externe de grande chronaxie, l'interne de petite.

Aussi mesurons-nous systématiquement depuis lors au laboratoire de physiologie de l'Hôpital Henri-Rousselle, les chronaxies de tous les muscles frontaux que nous paraissent anormaux. A l'examen, la conclusion de cette enquête, qui a comporté une cinquantaine de mesures se dégage avec une netteté parfaite :

Chez tous les sujets présentant l'anomalie décrite du frontal externe (hyperfonctionnement) l'on trouve une égalisation des chronaxies normalement distinctes des muscles : frontal externe et frontal interne.

La chronaxie du frontal externe et celle du frontal interne se rapprochent. Le muscle, exploré dans ses différents points, montre des chronaxies très voisines les unes des autres. Dans l'ensemble, chez trois sujets, cette égalisation résulte d'une augmentation de la chronaxie du frontal interne, chez quatre de la diminution de la chronaxie du frontal externe.

Nous avons étudié tout d'abord les chronaxies du frontal chez les malades présentant le trouble que nous venons de décrire. Puis nous avons étendu nos recherches aux autres malades des mêmes groupes cliniques (débiles, schizophrènes) au frontal d'apparence normale (6 cas) ; puis des malades d'autres groupes et enfin à des sujets normaux (17 cas).

Dans le tableau ci-joint, nous apportons les résultats des déterminations des chronaxies mesurées aux deux points moteurs du muscle

	FRONTAL EXTERNE		FRONTAL INTERNE	
	Rhéobase en volts	Chronaxies en σ	Chronaxies en volts	Rhéobase en σ
1^{er} groupe :				
Cau... D.	34	0,44	0,44	36
	33	0,52	0,40	40
	33	0,48	0,48	42
	32	0,52		
G.	41	0,64	0,60	32
	39	0,68	0,64	38
	39	0,52	0,60	30
	32	0,64		
Les ... D.	34	0,24	0,24	44
	33	0,20	0,28	42
2^e groupe :				
Kre... D.	38	0,20	0,28	38
	34	0,24	0,32	37
	32	0,24	0,28	36
G.	32	0,28	0,36	28
	28	0,28	0,36	30
	30	0,28	0,32	32
			0,36	30
Dem... D.	37	0,28	0,36	44
	36	0,32	0,40	40
G.	30	0,40	0,32	42
	29	0,40	0,28	50
3^e groupe :				
You... D.	40	0,28	0,28	39
	39	0,28	0,24	36
Bru ... D.	28	0,48	0,44	31
	33	0,40	0,38	36

frontal, chez six des malades cités plus haut (deux dans chaque groupe).

Et pareille égalisation ne se retrouve ni chez les sujets normaux, ni chez d'autres psychopathes. Nous l'avons vérifié notamment chez dix-sept sujets, parmi lesquels : Roq... normal, Bla... normal, Bon...

normal, Tis... perverse; Mag... psychasthénique, Laf... déprimé léger, Cap... déprimée anxieuse, Jou... éthylique, Leu... pseudo-bulbaire, Cha... perversions d'origine encéphalitique, etc...

Nous devons signaler que l'un de ces sujets, Bon..., était capable de lever la queue de son sourcil droit, en même temps il mobilisait le pavillon de son oreille. Ce cas nous confirme dans notre opinion exprimée au début : il ne faut pas tenir compte de mouvements volontaires du frontal externe; cette fausse anomalie s'acquiert par l'exercice; elle n'appartient pas à la pathologie de l'expression mimique.

Voici un fait remarquable que l'étude électrique nous a révélé dans la seconde catégorie de malades : *des malades, appartenant aux deux catégories ci-dessus définies (débiles et schizophrènes), présentent une égalisation de leurs chronaxies, alors qu'aucune anomalie frontale n'est perceptible au simple examen clinique.* Exemples :

Mlle Lac..., 30 ans (H. H. R.), automatisme mental sur un terrain très débile, les rides frontales paraissent normales. Cependant l'examen électrique montre des chronaxies presque égales. Moyenne des mesures : à droite 0,07 et 0,06 (microfarads), à gauche 0,08 et 0,07.

De même, M. Ans..., 20 ans (malade obligeamment prêté par le Dr Marchand), dément précoce : pas de contractions du frontal; moyenne des mesures : à droite 0,11 et 0,12, à gauche 0,10 et 0,10.

Enfin certains débiles ou schizophrènes montrent une tendance à l'égalisation des chronaxies sans que celles-ci soient égalisées tout à fait. Telle Mlle Sin..., 20 ans, hétérophrénie, discordances, impulsions. Frontal d'apparence normale, un peu hypotonique dans l'ensemble. Moyenne des mesures (vérifiées par second examen quelques jours plus tard) : à droite 0,11 et 0,08; à gauche 0,12 et 0,15.

Chiffres du même ordre chez Mmes Cha..., Zel..., Ten..., M. Men..., petits schizophrènes.

Il y aurait donc, chez ces malades, tous peu avancés, présence du syndrome électrique en l'absence même du syndrome clinique. Peut-être seules des lésions déjà étendues se traduisent-elles par un trouble musculaire perceptible à l'inspection. *Le signe clinique mérite donc de prendre place au nombre des indices de chronicité ou d'incurabilité.*

*
**

Nous ne saurions demander crédit pour le signe que nous venons de décrire sans au moins suggérer une explication. Elle se trouve aisément dans quelques considérations d'ordre embryologique.

Les muscles peauciers de la face n'apparaissent qu'assez tard dans la série animale, chez les mammifères. L'embryon humain ne les acquiert qu'au troisième mois, alors que les autres muscles

de l'extrémité céphalique sont constitués déjà depuis longtemps. A ce stade, une branche de la 7^e paire se détache pour les innerver, branche qui deviendra prédominante dans l'évolution ultérieure.

Le frontal occipital et les auriculaires constituaient au début un seul muscle annexé au pavillon de l'oreille ; seuls, les Primates possèdent un occipito-frontal autonome. Chez l'homme, le frontal contracte des rapports étroits avec les muscles péri-orbitaires. Or, c'est chez l'homme seulement que se différencie le sourcilier. Et, selon Darwin, les nègres inférieurs ne savent pas le contracter. Au contraire, l'Européen, même en très bas âge, fronce les sourcils et contracte le sourcilier synergiquement avec les fibres médianes du frontal.

Donc le faisceau médian du frontal se différencie seulement chez l'homme civilisé. A mesure que la mimique se perfectionne, il relègue au second plan le faisceau externe. Mais *celui-ci conserve son autonomie chez les débiles, au développement inachevé. Il la reprend chez les schizophrènes, malades qui ont subi des régressions multiples.*

Le signe que nous venons de décrire (en dernière analyse : prépondérance du frontal externe sur le frontal interne) témoigne donc d'une régression biologique, d'une dégénérescence, si l'on donne à ce mot le sens classique.

Sikorski avait déjà posé la question sous cette forme en 1887 (5). Il avait décrit la prépondérance du frontal sur les autres muscles expressifs de la face comme le type le plus fréquent de « mimique dégénérative ». Plus tard, Dromard (6) considère les « néologismes mimiques » comme l'indice d'une régression : il les rencontre chez les chroniques ; la « mimique dissociée », lui semble propre aux dégénérés.

Mais c'est Rogues de Fursac qui le premier s'est attaqué au problème dans toute son ampleur, se limitant aux muscles péri-orbitaires. De son travail, encore inédit, il nous a autorisé à citer les deux conclusions suivantes : « Les anomalies intrinsèques de la contraction d'un muscle et les anomalies de la coordination intermusculaire sont hautement significatives et sévères... » « L'asynchronisme se révèle comme un trouble précoce de dissociation mimique, susceptible de révéler un processus schizophrénique latent. »

Ces deux phrases laissent entrevoir le parti qu'on pourra tirer de l'analyse rigoureuse de la mimique. Alors que l'école de Kreschmer cherche dans les constantes du squelette des stigmates de dégénérescence, il nous semble instructif de les saisir dans

les phénomènes dynamiques. Nous nous proposons de consacrer à ces recherches le travail qu'elles méritent, bien plus important que la présente monographie.

BIBLIOGRAPHIE

1. DUCHENNE DE BOULOGNE. — *Le mécanisme de la physionomie humaine.*
2. DARWIN. — *L'expression des émotions.* Traduction française de Pozzi.
3. BOURGUIGNON et HUMBERT. — *C. R. Soc. Biol.*, 1928, II, p. 1532.
4. BOURGUIGNON et G. d'HEUCQUEVILLE. — Troubles profonds de l'expression mimique chez une catatonique. Leurs rapports avec les chronaxies de la face. *Com. Soc. Méd. Psych.*, 27-4-31, *Ann. Méd. Psych.*, mai 1931.
5. SIKORSKI. — *Neur. Zentralblatt*, 1887.
6. DROMARD. — *La mimique chez les aliénés*, Alcan.
7. ROGUES DE FURSAC (J.). — Contribution à l'étude de la mimique fronto-périorbitaire et de ses altérations dans quelques états psychopathiques, plus particulièrement dans les états schizophréniques, Mémoire pour le Comité de l'hébéphrénie.

Sur deux cas de psychoses cancéreuses,
par M. C. I. URECHIA et Mme A. RETEZÉANU.

Sous le titre de psychoses cancéreuses on trouve, dans de rares livres de psychiatrie, un petit chapitre réservé aux psychoses qu'on rencontre, exceptionnellement, chez les cancéreux. Les troubles psychiques des périodes terminales ou cachectiques sont le plus souvent en rapport avec cette dystrophie ou les complications qui peuvent intéresser les différents émonctoires ; ces psychoses n'ont rien de particulier ; elles constituent un symptôme éventuel de la cachexie et le terme de psychose cancéreuse est impropre. Mais exceptionnellement on rencontre des psychoses dans les périodes incipientes, où l'état du malade est encore florissant, et dans ces cas le terme de psychose cancéreuse conviendrait mieux. Les auteurs qui s'en occupent constatent le plus souvent le tableau de la confusion mentale agitée ou stuporeuse et rarement de la dépression, dépression qui peut se mêler plus tard de confusion ; l'anxiété est fréquente. Dans le traité de Régis, nous trouvons le meilleur chapitre sur les psychoses cancéreuses. En ce qui concerne la pathogénie de ces psychoses, les auteurs se contentent du terme intoxication, ou toxi-infection. Nous devons cependant ajouter d'autres facteurs convergents et accidentels, comme la morphine, le traumatisme psychique chez un prédisposé (l'émotion, la dépression d'avoir appris qu'on est cancéreux, incurable, livré à une mort prochaine), l'acte opéra-

toire, avec l'éventuelle intoxication chloroformique, l'inanition relative, l'acidose, l'hypoglycémie, etc. Les psychoses chez les cancéreux peuvent être transitoires, et quand elles apparaissent dans la période de début, quand l'état général est bon, la théorie de l'intoxication n'est pas satisfaisante ; car s'il s'agit de toxines cancéreuses, pourquoi les troubles psychiques chez les cancéreux sont-ils si rares, et comment expliquer les psychoses transitoires dans le décours progressif du cancer ? Dans cet ordre d'idées nous donnerons l'observation de deux malades qui contribue en partie à l'explication du mécanisme des psychoses de la phase incipiente, psychoses éventuellement transitoires et coïncidant avec un état général satisfaisant. Il s'agit, en effet, dans nos deux cas, de psychoses anémiques ; elles ont guéri en même temps que le taux de globules rouges est revenu à la normale. On sait, du reste, que l'anémie est fréquente chez les cancéreux, et qu'elle se manifeste quelquefois dès le commencement. Mais quoique l'anémie soit fréquente, les troubles psychiques sont très rares : à ce point de vue cependant, on se contente de la constatation générale qu'entre anémie et psychose existe un mécanisme en partie inconnu ; il existe, en effet, des anémies intenses sans psychoses et des anémies légères avec troubles psychiques ; l'anémie, par conséquent, ne se complique de troubles psychiques que dans des conditions déterminées, et ce sont ces conditions qui échappent à notre connaissance. Avec ces réserves et ces précisions, nous sommes d'avis que nombre de psychoses cancéreuses, et surtout au début de l'affection, ne sont en réalité que des psychoses anémiques chez des cancéreux, des anémies cancéreuses psychosiques.

K. Elisabeth, 47 ans, rien d'anormal dans les antécédents héréditaires. Première menstruation à dix-sept ans. A eu 11 enfants, dont 9 sont vivants. Depuis quelques semaines, symptômes gynécologiques qui déterminent son admission à la clinique gynécologique où l'on constate un cancer incipient du col utérin et l'on décide l'opération. La malade cependant manifeste des troubles psychiques avec agitation et on la transfère dans notre clinique.

Assez bien nourrie, un peu pâle, varices des membres inférieurs, langue saburrale, inappétence ; l'urine ne contient albumine ou sucre, la ponction lombaire ne montre rien d'anormal ; globules rouges, 3 millions. Dans le reste, rien d'anormal ; au point de vue psychique, le tableau de la manie subaiguë, avec érotisme exagéré.

Après deux mois de traitement avec fer et arsenic, la malade se calme, les globules rouges montent à 4.700.000, et elle peut rentrer chez elle.

Dans ce cas, il s'agit d'un cancer du col de l'utérus, peu étendu et opérable, de même que d'une anémie cancéreuse. D'après les idées dominantes, et sans un examen du sang, on aurait pu croire à une psychose cancéreuse. Le cancer cependant n'est pas si avancé et l'état général est assez bon pour expliquer suffisamment les troubles psychiques. La disparition de l'anémie, en même temps que la disparition des troubles psychiques, démontre qu'il s'agissait d'une anémie cancéreuse avec troubles psychiques secondaires. Les troubles psychiques n'étaient pas proprement dus au cancer, mais à l'anémie cancéreuse ; ils ont disparu en même temps que l'anémie, tandis que le cancer suit son cours. Les psychoses cancéreuses ne présentent pas, du reste, le tableau de la manie, tableau qu'on peut rencontrer en échange (quoique rarement) dans les psychoses anémiques. On pourrait admettre une manie constitutionnelle, constituant une simple coïncidence. Le fait cependant que la psychose apparaît chez une femme âgée de 47 ans, qui n'a eu aucun autre accès maniaco-dépressif dans les antécédents personnels et héréditaires, et sa guérison en même temps que l'anémie, excluent cette hypothèse.

Il se dégage de l'observation de ce cas que les psychoses des cancéreux, et surtout quand l'état général est assez bon, peuvent être déterminées par une anémie cancéreuse, anémie qui doit être dépistée et traitée en conséquence.

Sz. Suzanne, 62 ans, rien d'important dans les antécédents hérédocolatéraux, a toujours été en bonne santé jusqu'à la maladie actuelle qui date de cinq ans, la malade ressent, en effet, des douleurs stomacales, inappétence, amaigrissement, etc., qui la déterminent à consulter à la clinique médicale où l'on constate un cancer stomacal avec une évolution très lente. Depuis trois mois, la famille constate des troubles psychiques qui ont débuté insidieusement. Ces troubles psychiques avaient un caractère anxieux et paranoïde ; vers le soir, en effet, elle devenait agitée, anxieuse, et présentait des hallucinations auditives : elle entendait une radio dans la chambre voisine, elle entendait des personnes étrangères qui viennent la tuer, qu'on veut tuer sa famille, que ses enfants sont malades. Elle se levait pendant la nuit pour contrôler la véracité des hallucinations, errait dans les rues, ou écoutait à la porte des voisins. Elle cache les couteaux ou les instruments qui pourraient servir à ses ennemis à la tuer, ou se réfugie chez des voisins.

Amenée dans notre clinique, on constate : malade relativement maigre et pâle, les bruits du cœur un peu sourds ; léger œdème des chevilles, estomac ptosé, hypotonique, avec des signes radiologiques de cancer incipient. Les réflexes achilléens sont abolis à cause d'une ancienne polynévrite. Dans le sang, 2.800.000 globules rouges.

Au point de vue psychique, on constate de l'anxiété avec les mêmes idées qu'elle présentait à la maison ; on ne constate pas de démence. On traite l'anémie, le nombre de globules monte à 3.800.000 et la malade redevient à peu près normale, et rentre chez elle.

Elle ne continue plus le traitement avec fer, arsenic, extrait de foie et les symptômes reviennent après deux mois ; l'anémie descend de nouveau à 2.800.000 globules ; on reprend le traitement, les globules montent en deux semaines à 2.980.000 et l'état psychique reste le même. Nous continuons le traitement avec fer et arsenic, l'anémie s'améliore (4.200.000 globules), les symptômes psychiques disparaissent, et la malade succombe six mois plus tard à l'évolution de son cancer.

Dans ce cas on voit par conséquent que les troubles psychiques tenaient à l'anémie, qu'ils se sont modifiés avec le taux des globules, tandis que le cancer n'avait qu'un rôle secondaire, produisant l'anémie.

La séance est levée à 18 heures 50.

Les Secrétaires des séances,
COURBON et DEMAY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 5 Novembre 1931

Présidence : M. BAUDOUIN, président

Macrogénitosomie précoce chez un enfant hydrocéphale, sans néoplasme intra-cranien, par MM. André THOMAS et Henri SCHAEFFER.

Un enfant dont l'hydrocéphalie progressive remontait aux premiers mois de la vie, présenta, à l'âge de 11 ans, une poussée d'hydrocéphalie accompagnée de signes pyramidaux et, surtout, d'une hyperplasie sexuelle marquée. A cet âge l'enfant présentait les organes génitaux et les caractères sexuels secondaires d'un adolescent.

L'examen anatomique montra une épiphyse normale, l'absence de néoplasme intra-cranien d'aucune sorte, et l'existence d'une hydrocéphalie très accentuée. Il existait des lésions inflammatoires étendues, vasculaires et périvasculaires de la région infundibulo-tubérienne, et une symphyse cervicale triméningée à peu près complète qui conditionnait sans doute l'hydrocéphalie. L'hypophyse était un peu aplatie, mais histologiquement normale et les testicules ne se distinguaient de ceux de l'adulte que par le moins grand nombre de spermatozoïdes. Ce fait est intéressant, car il montre un cas d'hyperplasie sexuelle avec intégrité de l'épiphyse, des lésions inflammatoires infundibulo-tubériennes, et un mécanisme de l'hydrocéphalie inhabituel.

DISCUSSION

M. LHERMITTE insiste sur l'intérêt de ce cas qui vient à l'appui de la thèse qu'il défend, sur l'origine non épiphysaire de l'affection et sur le rôle évident des lésions infundibulo-tubériennes. Il souligne le fait que, chez l'enfant, l'atteinte tubérienne se traduit par la macrogénitosomie, alors que, chez l'adulte, c'est le syndrome infundibulaire qui se manifeste. M. CL. VINCENT, dans deux cas qui lui furent soumis avec le diagnostic de macrogénitosomie précoce par tumeur pinéale, a pu établir qu'il n'y avait pas de telle tumeur.

**Ataxie cérébelleuse aiguë du type Leyden, suivie de guérison rapide.
Sclérose en plaques probable, par M. Jacques DECOURT.**

M. J. DECOURT a observé chez un homme de 28 ans, une ataxie cérébelleuse aiguë très intense, dont l'évolution se fit en moins d'un mois vers la guérison clinique complète. La présence d'une réaction du benjoin colloïdal fortement positive dans le liquide céphalo-rachidien, contrastant avec une réaction de Wassermann négative, plaide en faveur de la sclérose en plaques. Il existait par ailleurs une réaction méningée très intense avec lymphocytose considérable, et une très forte hypertension intra-cranienne qui rendait compte de la céphalée. La persistance des réactions humorales, malgré la régression des signes cliniques, fait redouter une reprise évolutive ultérieure de la maladie.

DISCUSSION

M. FRIBOURG-BLANC a observé un cas superposable à tous points de vue, qui évolua vers une amélioration notable en 6 semaines. M. SOUQUES fait des réserves sur l'avenir de tels malades. M. H. SCHAEFFER a vu un cas semblable ayant évolué, après guérison apparente, vers un tableau typique de sclérose en plaques.

**Parkinsonisme avec main hypothalamique,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et STERN.**

Les auteurs présentent un malade, atteint d'encéphalite oculo-léthargique typique en 1918, actuellement parkinsonien avec attitude spéciale de la main. A ce propos, les auteurs discutent la pathogénie et la localisation lésionnelle de la main hypothalamique.

Syndrome de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — Trépanation décompressive, rémission de 8 années. — Etude de quelques symptômes cérébelleux, par M. André THOMAS.

Malade chez lequel le diagnostic de tumeur ponto-cérébelleuse gauche fut établi il y a 8 ans, alors que les premiers signes dataient déjà de deux ans. Une trépanation décompressive amena une amélioration d'un an ; puis il y eut une reprise passagère des troubles ; enfin une amélioration très nette qui permit la reprise du travail pendant 6 ans. Chez ce malade, quelques faits sémiologiques sont à signaler : un défaut de l'inhibition des mouvements, du côté malade, tandis que la force segmentaire est normale ; l'exagération de la dysmétrie dans les mouvements simultanés des membres ; la reproduction des mouvements d'un membre par l'autre se fait moins bien du côté sain. La sensibilité profonde étant normale, l'auteur se demande si la diminution de la résistance des muscles ne contribue pas à produire un retard de la perception des mouvements.

Compression médullaire par volumineux angioliipome extradural. — Ablation chirurgicale de la tumeur. — Guérison, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS et J. CHRISTOPHE.

Malade complètement guérie d'une paraplégie sévère par compression médullaire, grâce à l'ablation chirurgicale d'une tumeur extradurale exceptionnelle par ses grandes dimensions et son type anatomique (angioliipome).

Quadriplégie post-sérothérapique, par MM. BAUDOUIN et HERVY.

Chez un blessé, on fait à l'hôpital une injection de sérum antitétanique, alors qu'elle n'était pas très indiquée (coupure avec histouri neuf). Au 10^e jour, après une phase algique, s'installe une paralysie qui gagna les quatre membres. Les auteurs insistent sur le fait que la paralysie n'a pas été précédée de phénomènes anaphylactiques, sur l'étendue des lésions dégénératives, et ils mettent en garde contre l'emploi trop hâtif du sérum dans des cas où il n'est vraiment pas nécessaire.

Tumeur solitaire du nerf sciatique, par MM. ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS.

Malade opéré et guéri d'un fibroglome kystique du sciatique. Malgré que les premiers signes apparurent à la suite d'un traumatisme, le diagnostic de neurome traumatique ne fut pas retenu.

Spasme oculo-facio-cervical post-encéphalitique, par MM. FAURE-BEAULIEU et CORD.

Malade de 52 ans, ouvrier mineur, qui, à la suite d'un épisode fébrile survenu en 1918 et accompagné d'une note encéphalitique nette, a présenté d'abord des secousses des yeux puis des spasmes de la face et du cou, déclanchés par l'impression de la lumière contre laquelle il se protège par le port de verres fumés.

Actuellement, dès qu'il enlève ses lunettes, il est pris d'une crise d'agitation motrice désordonnée : les yeux roulent en tous sens, la face grimace, la tête exécute des mouvements de roulis ; il n'y a pas jusqu'aux muscles respiratoires qui n'y participent sous la forme d'une dyspnée haletante.

Après avoir exposé les raisons qui leur font rejeter le diagnostic de « tic mental photophobique » et le nystagmus des mineurs, les auteurs estiment que ce syndrome est une forme insolite des dyskinésies post-encéphalitiques ; car, outre les commémoratifs ci-dessus signalés, il existe un certain nombre de signes de la série extra-pyramidale qui, d'ailleurs, sont discrets et demandent à être recherchés : lenteur de la parole et des mouvements, tremblement léger qui se manifeste par l'écriture, et phénomène de la roue dentée qui, contrairement à la règle, s'observe non au coude, mais à l'épaule.

DISCUSSION

M. Henry MEIGE insiste sur l'état mental si particulier de ces malades, qui les faisait ranger jadis dans l'hystérie. M. VELTER, qui a suivi longtemps ce malade, verse dans le débat quelques détails, ignorés des présentateurs, et fait des réserves sur la nature organique des troubles ; pour lui, il s'agit de fixations névropathiques. M. Henri BARUK range ces troubles parmi les phénomènes psycho-moteurs d'origine organique.

Nouvelles contributions à l'étude des réflexes conditionnels dans l'hystérie, par MM. G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER.

Les réflexes conditionnels de Pavlov permettent d'interpréter le mécanisme physio-pathologique de certains troubles hystériques. A propos de 3 nouveaux cas, les auteurs montrent l'importance des processus d'induction réciproque entre les centres sous-corticaux et le cortex, qui se font

d'une façon anormale chez l'hystérique, par le fait que l'excitabilité des premiers est troublée. Cette modification d'excitabilité des centres sous-corticaux chez ces malades est sous la dépendance des facteurs constitutionnels d'ordre végétativo-humoral.

Troubles vertigineux réflexes d'ordre vaso-moteur. Leurs caractéristiques,
par MM. HAGUENAU et VERNET.

A propos d'une observation de vertige provoqué par une sinusite maxillaire, MM. HAGUENAU et VERNET présentent une classification des vertiges en 3 catégories : les vertiges vaso-moteurs d'origine périphérique, les vertiges auriculaires proprement dits, par altération organique de l'oreille, les vertiges sus-labyrinthiques ou corticaux. Ils schématisent ces trois groupes de vertiges par l'étude : 1° des types de vertige ou de déséquilibre ; 2° du nystagmus et des troubles spontanés au niveau des membres ; 3° de la fonction auditive ; 4° de la fonction vestibulaire ; 5° des troubles associés.

DISCUSSION.

M. BARRÉ : Dans les formes vaso-motrices, l'emploi de l'épreuve calorique chaude et froide peut permettre de différencier les troubles par vaso-dilatation de ceux par vaso-constriction.

J.-O. TRELLES.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 31 Octobre 1931

Présidence : M. HOVEN, président

Présentation d'un cas de sclérose tubéreuse, par M. DARDENNE.

L'auteur présente un jeune homme de 19 ans atteint d'arriération mentale grave chez lequel s'observent, au niveau de la face seulement, les petites tumeurs caractéristiques de la sclérose tubéreuse. Celles-ci ont apparu à l'âge de 10 ans, après que le sujet eut présenté dans l'enfance des convulsions épileptiformes, puis des symptômes méningés suivis de matité.

Aucun autre cas n'a pu être décelé dans la famille.

Sclérose lobaire. Démonstration des lésions histologiques,
par MM. d'HOLLANDER et ROUVROY.

Les auteurs démontrent une série de projections lumineuses concernant un cas de sclérose symétrique bilobaire observé chez un homme de 29 ans qui depuis l'âge de 21 ans avait présenté plusieurs crises mentales à forme

de délire aigu avec confusion et violente agitation. A l'autopsie : sclérose atrophique considérable intéressant principalement les lobes occipitaux, avec microgyrie, caractérisé histologiquement par la disparition des cellules, prolifération névroglique intense, véritables végétations gliales, plages de dégénérescence amyloïde, sclérose de la pie-mère et dégénérescence hyaline des petits vaisseaux. Il existe un rapport entre ces lésions et des troubles d'origine vasculaire.

Action de la phényléthylmalonylurée dans les affections mentales et en particulier dans les états mélancoliques, par M. LEROY.

L'auteur relate toute une série de cas — mélancolie simple, stuporeuse, anxieuse et même chronique avec syndrome de Cotard, — qui ont paru s'améliorer rapidement sous l'influence du gardénal administré à hautes doses : 20 à 30 centigr. et plus. Ce résultat serait dû en partie à l'action calmante du médicament, en partie à une influence d'ordre psychique, en ramenant la confiance chez des sujets qui se croient généralement incurables. Dès que l'état s'améliore, il faut isoler le malade, et ensuite le mettre au travail.

Mélancolie de la ménopause, par M. HOVEN.

Il s'agit d'une femme qui tua ses deux enfants au cours d'une crise de mélancolie survenue au moment de la ménopause. Les particularités du cas résident dans le fait que la malade présente une amnésie partielle du sujet de son acte et des circonstances qui l'ont entouré, un état somnolent et confus et une absence d'émotion apparente. L'évolution montra des périodes d'auto-accusation avec anxiété et agitation, et des symptômes mentaux de plus en plus démentiels.

J. LEY.

79^e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie

Berne, 29-30 Août 1931

Présidence : M. O.-L. FOREL, président

PREMIÈRE SÉANCE

Cette réunion précéda l'ouverture du *Congrès Neurologique International*. De nombreux savants étrangers étaient présents.

L'Assemblée rendit d'abord un ultime hommage à la mémoire de son membre d'honneur, le Professeur Auguste FOREL, décédé le 27 juillet 1931. Le Prof. H.-W. MAIER, de Zurich, dressa un tableau saisissant de la vie et

de la personnalité du célèbre savant au grand cœur, qui fut non seulement le père de la psychiatrie scientifique suisse, mais aussi le véritable initiateur de l'hygiène mentale dans le sens le plus vaste.

La psychologie et la clinique des Toxicomanies,
par le Prof. H. W. MAIER (de Zurich) et le Dr O. L. FOREL (de Prangins).

La première séance fut consacrée à la discussion sur les toxicomanies. Les rapporteurs, le Prof. H.-W. MAIER et le Dr O. FOREL résumèrent, le premier, nos connaissances cliniques actuelles sur les divers syndromes dus aux substances toxiques, tandis que dans le second rapport, le Dr FOREL rechercha plus particulièrement les causes psychologiques et caractérologiques de la toxicomanie et les indications psychothérapeutiques qui en découlent.

M. WENGER (de Bellevue-Kreuzlingen) exposa une *statistique* très intéressante des toxicomanes observés depuis 40 ans dans la Clinique du Docteur BINSWANGER, à Kreuzlingen, en insistant particulièrement sur l'hérédité psychopathique de ces malades.

M. TRAMER (de Soleure) rapporta une nouvelle série d'observations sur le *réflexe de l'éminence des orteils*, qu'il a décrit avec STIEFEL dans le *delirium tremens*, observations qui confirment que ce réflexe (flexion dorsale du pied après percussion de l'éminence des orteils) est un signe important de *delirium tremens*, et permet le diagnostic différentiel avec d'autres psychoses d'origine alcoolique.

M. H. STECK (de Lausanne) présenta les résultats très encourageants qu'il a obtenus par le *traitement du delirium tremens par l'Insuline*, selon la méthode proposée par la Doctoresse KLEMPERER (de Vienne), qui prit également part à la discussion.

Dans la discussion générale qui suivit les premiers rapports, M. POHLISCH (de Berlin), rappelant ses importants travaux sur les toxicomanies à l'aide du riche matériel de l'hôpital de la Charité, à Berlin, insista sur les *prédispositions caractérologiques individuelles* et même *ethniques*, qui déterminent le choix de tel ou tel toxique.

M. STOCKERT (de Halle) et le Prof. STRANSKI (de Vienne) assimilent, à tort selon M. FOREL, aux toxicomanies, des manies qui consistent en un besoin irrésistible de manger du sucre, de la viande ou des grains de café.

M. FRANK (de Zurich) insiste pour terminer sur la grave responsabilité qu'encourt le médecin et plus particulièrement le spécialiste des maladies nerveuses en prescrivant, trop facilement, des opiacés.

VISITE DU PÉNITENCIER DE WITZWIL

La première séance de l'Assemblée fut suivie d'une *excursion* des membres du Congrès à la *Colonie pénitentiaire de Witzwil*, à 30 km. de Berne, au bord du lac de Neuchâtel. Cette colonie, comprenant 1.000 hectares de terrain, est établie dans un terrain primitivement très marécageux, gagné à la culture après correction des rivières au pied du Jura, entre les lacs de Bienne, de Morat et de Neuchâtel. Elle est dirigée depuis sa fondation (1891) par le Directeur KELLERHALS qui a su créer ici un établissement modèle où se trouvent actuellement 400 détenus des cantons de Berne, Neuchâtel et Genève.

Le régime est basé sur le principe de la *rééducation du criminel par le travail* (agriculture en première ligne, mais aussi différentes industries.)

réfection de routes, aménagement du sol, élevage du bétail, etc.). A côté des délinquants ordinaires on y trouve de plus en plus internés administrativement, des vagabonds, des alcooliques, des psychopathes instables et délinquants pour lesquels on cherche un travail approprié, soit à la campagne, au jardin, à l'atelier ou dans les bureaux de l'asile. C'est un entraînement systématique au travail, auquel ne peuvent se soustraire les détenus, qui après une année deviennent presque tous, déclare le Directeur, les propres entraîneurs de leurs groupes.

A côté du travail systématique et sérieux, il n'y a pas de dilettantisme comme il existe forcément dans les asiles d'aliénés. Le côté spirituel n'est toutefois pas négligé, surtout en hiver où il y a des cours réguliers de langues, de sténographie, de comptabilité, de théorie sur l'agriculture, de mécanique, en partie donnés par des détenus spécialistes, ainsi que des conférences régulières, tous les 15 jours, de la part de professeurs venus du dehors. Un chœur allemand et français groupe les détenus et quelques fois un orchestre les réunit. En été, un détachement de détenus est envoyé dans un alpage de l'Oberland bernois où se trouve le bétail du domaine.

D'anciens détenus libérés, qui ont de la peine à trouver une occupation dehors, peuvent rester volontairement. On tient alors compte de leur expérience et de leurs propositions pour des aménagements et des améliorations. Un certain nombre d'entre eux sont devenus les colons d'une annexe de Witzwil, destinée uniquement aux détenus libérés, institution que d'autres colonies pénitentiaires de la Suisse et d'ailleurs cherchent à imiter et dont les psychiatres connaissent la valeur et la nécessité chez les psychopathes à responsabilité atténuée. Une rapide visite en autocars à travers le vaste domaine montra partout les équipes au travail et nous orienta sur le rendement intense fourni, lequel rapporte au canton de Berne, chaque année, un bénéfice fort appréciable.

Dans une allocution simple et claire, le Directeur KELLERHALS exposa les principes qui l'ont dirigé dans la création de la colonie. Sans fausse prétention humanitaire et avec un sens psychologique très avisé, il a créé le modèle de l'établissement qui ne sert pas à punir les délinquants, mais, tout en mettant la société à l'abri de leurs défauts, à développer chez eux les particularités qui peuvent les rendre utiles. Le système de rééducation, tel qu'il est préconisé aujourd'hui par les psychiatres qui s'occupent de délinquants, a été réalisé par un praticien qui comprend leurs défauts et saisit les points d'attaque qui permettent de les diriger dans une nouvelle voie. Le Prof. H. W. MAIER eut certes raison de dire dans la *discussion* qu'il faudrait se garder d'aller troubler cette œuvre admirable par une intervention bien intentionnée, mais inopportune, de la psychiatrie théorique.

II^e SÉANCE

Les délinquants psychopathes,

par MM. R. DE SAUSSURE (de Genève) et W. MORGENTHAUER (de Berne).

La seconde partie du Congrès fut destinée au problème des *délinquants psychopathes*. Le premier rapporteur, M. R. DE SAUSSURE (de Genève), part de la psychanalyse, étudiant non pas l'entité morbide qui jusqu'à présent servait de base aux expertises psychiatriques des délinquants, mais les mécanismes psychologiques qui conduisent au délit ou au crime.

Elle considère comme irresponsable le prévenu qui a agi en vertu de

motifs inconscients qu'il n'était pas à même de pouvoir contrôler ; cela a une importance particulière lorsqu'il s'agit de récidivistes. Ce point de vue entraîne des conséquences pratiques : d'abord, le dépistage des délinquants psychopathes laisse encore à désirer ; il faut pour cela que les juges reçoivent un enseignement criminologique plus complet ou que dans les prisons chaque détenu soit examiné par un aliéniste versé dans les problèmes criminologiques. Il faut surtout créer des établissements spéciaux pour le traitement des délinquants psychopathes qui ne se trouvent à leur place ni dans les asiles, ni dans les annexes psychiatriques des prisons qui ne suffisent ni à la répression, ni à la guérison. AICHORN, à Vienne, a montré ce qu'on pouvait faire dans ce domaine avec des délinquants juvéniles.

Le second rapporteur, M. W. MORGENTHALER (de Berne), insiste tout d'abord aussi sur la possibilité de traiter avec succès les délinquants psychopathes. Il s'occupe ensuite des mesures thérapeutiques qu'il faut faire intervenir pendant la peine. La colonie pénitentiaire agit d'abord par le repos forcé, l'habitude du travail et de la discipline amène une vraie rééducation par le travail. Il faut ensuite envisager les mesures directement pédagogiques, parmi lesquelles, en première ligne, le concept du transfert que nous avons surtout appris à connaître par la psychanalyse. L'influence religieuse peut jouer un rôle important ; ensuite le traitement de tares et déficiences physiques, endocriniennes, etc., et surtout les diverses méthodes psychothérapeutiques peuvent entrer en ligne de compte. Toute cette réforme sera possible en Suisse, grâce au projet d'un nouveau code pénal suisse actuellement en discussion devant les Chambres fédérales et qui sert de modèle même dans les cantons qui voudraient garder leur propre code. Le principe de la rééducation du criminel a pris le pas sur le châtimement du dit criminel. Il en résulte un traitement spécial des délinquants juvéniles qui demandent, avant tout, des mesures de prophylaxie. Un article du nouveau code prévoit directement le traitement médical de ces cas. L'internement indéterminé des récidivistes est également un pas vers la compréhension biologique du crime. Pour l'application de ces mesures, une formation spéciale du personnel des colonies pénitentiaires est nécessaire (un article du nouveau code prescrit cette formation).

En attendant l'entrée en vigueur du nouveau code, le rapporteur insiste sur la nécessité urgente de la création de services policliniques psychiatriques pour les établissements de détenus. Il pense qu'un médecin attaché à la policlinique psychiatrique universitaire pourrait visiter 1 à 2 fois par semaine l'établissement en question, examiner chaque nouveau détenu et faire des propositions pour un traitement psychothérapeutique éventuel. Il sera ainsi l'agent de liaison entre la direction des établissements pénitentiaires et la psychiatrie. Cette organisation respecterait l'autonomie de chaque domaine et serait relativement bon marché ; elle amènerait tout naturellement une bonne entente et une collaboration entre les instances qui trop souvent divergent encore d'opinion.

Le Prof. ASCHAFFENBURG (de Cologne), qui est un des créateurs de la psychiatrie du délinquant en Allemagne, parla ensuite des délinquants psychopathes et de l'activité de l'expert. Cette *expertise* se fait en Allemagne comme en Suisse dans le milieu de l'asile d'aliénés. Le délinquant est mis en observation à l'asile, ce qui seul permet une observation remplissant les conditions que le psychiatre est en droit d'exiger. Par contre, le Prof. Aschaffenburg met les psychiatres en garde contre une tendance fallacieuse qui pourrait survenir avec les nouvelles conceptions que l'on vient

d'entendre : ce serait de négliger le droit de la société d'être mise à l'abri des actes criminels des délinquants, la peine restant et devant rester une mesure de protection de la dite société contre des éléments dangereux, ce que le psychiatre criminologiste ne doit pas oublier.

Le Prof. K. WILMANN (de Heidelberg) donne un rapide aperçu, très vivant, de réactions psychopathiques dites *psychoses de prisons*, qui se développent chez les délinquants récidivistes et habituels dans les grandes villes, spécialement à Berlin, et qu'il estime être des produits de simulation plus ou moins consciente.

Le Prof. Aug. LEY (de Bruxelles) donne un rapide aperçu de la nouvelle loi de défense sociale appliquée en Belgique depuis le 1^{er} janvier 1931. Cette loi, qui vise spécialement les sujets jadis déclarés partiellement responsables, permet leur internement dans une maison annexe psychiatrique et l'observation ensuite dans un établissement spécial, où ils sont soumis à un traitement et à un régime de rééducation.

M. VERMEYLEN (de Bruxelles), à propos de la *délinquance morbide chez l'enfant*, en passant en revue les différentes formes de psychopathies juvéniles qui peuvent conduire à la délinquance, parmi lesquelles l'encéphalite léthargique et ses séquelles jouent un rôle important.

M. REPOND (de Malévoz-Monthey) parle de ses expériences d'une année sur la *prophylaxie de la délinquance dans l'enfance* à l'aide d'un service médico-pédagogique où sont traités gratuitement les enfants de l'âge scolaire présentant des troubles nerveux, mentaux et caractérologiques, 19 0/0 présentaient des traits dyssociaux qui aboutissaient à des actes délictueux ou à une attitude plus ou moins antisociale. L'expérience montre que la conception psychanalytique de l'enfant dyssocial permettait la compréhension la plus profonde de ces troubles du comportement et permettait au mieux d'y remédier d'une façon durable.

La création d'une clinique d'observation et de traitement est prévue, pour le moment les soins sont donnés de manière ambulante.

M. TRAMER (de Soleure), parlant des psychopathes juvéniles délinquants, expose, en se basant sur des observations personnelles, les *rapports entre la constitution et le milieu* chez les psychopathes dans la genèse de leur abandon social. (Verwahrlosung) et leur criminalité ; il insiste particulièrement sur l'importance des facteurs de la psychologie de la puberté et de l'adolescence pour les délits de cet âge, ce qui permet des conclusions concernant le pronostic et la thérapeutique.

Le Prof. STRANSKY (de Vienne) appuie la conception de M. MORGENTHAUER et attire spécialement l'attention sur l'importance du facteur qu'il désigne avec le terme de *désir naturel de subordination* qui existe également chez beaucoup de psychopathes délinquants et que M. Stransky met en valeur dans sa méthode personnelle de redressement des psychopathes ; il souligne l'importance de l'influence religieuse ; il signale que sous l'égide de WAGNER v. JAUREGG le problème de la simulation des psychoses dites de prisons, justement relevé par WILMANN, a été bien étudié en Autriche.

M. NISSL v. MAYENDORFF (de Leipzig) voudrait que l'expert psychiatre réponde seulement à la question de savoir si un prévenu est malade ou non et que la question plutôt philosophique du libre arbitre, c'est-à-dire de la *responsabilité*, soit tranchée ensuite par le juge.

M. GRAETER (de Bâle) se réjouit de ce que les rapporteurs ont fait un grand pas en avant vers la création d'une véritable clinique criminologique, qu'il postule depuis longtemps.

M. O.-L. FOREL se demande si la proposition du Prof. ASCHAFFENBURG de traiter tous les psychopathes dans des asiles d'aliénés est vraiment indiquée ; à son avis, il n'y a pas assez de psychothérapeutes et il craint que certains psychopathes délinquants actifs nuisent au milieu psychothérapeutique.

SÉANCE DU COMITÉ NATIONAL SUISSE D'HYGIÈNE MENTALE

Après la séance de la Société Suisse de Psychiatrie, le Comité national Suisse d'Hygiène mentale tint séance devant une assistance nombreuse, parmi laquelle plusieurs délégués étrangers. Plusieurs rapports furent présentés qui montrèrent comment l'hygiène mentale, en Suisse, s'attaque hardiment aux questions les plus diverses de son vaste domaine.

M. REPOD (de Malévoz-Monthey), *président*, montra, dans un rapport plein d'aperçus nouveaux, combien la crise politique et économique actuelle avait besoin d'être étudiée du point de vue psychologique et spécialement du point de vue de la *psychologie des foules et des dirigeants*. Les tendances affectives qui entrent en jeu dans le domaine de la politique auraient besoin d'être canalisées et dirigées par un psychothérapeute.

M. MORGENTHALER (de Berne) parla des *rapports de l'hygiène mentale et de la presse*. Il montra les conditions particulières de la Suisse, pays le plus riche en journaux, puisqu'il possède, sur 4 millions d'habitants, 3.000 journaux et autres périodiques. Ce qui manque à la presse suisse, comme à bien d'autres, c'est la compréhension psychologique. Elle ne tient pas compte de ce qui est nuisible au point de vue psychique ; elle ne se rend pas compte des causes psychiques larvées qu'inspirent certaines nouvelles. Un grave défaut est de favoriser les tendances agressives, voire même sadistes. Même les nouvelles politiques d'un journal ne sont pas indifférentes à l'hygiène mentale, la présentation sensationnelle de certains faits journaliers est particulièrement nuisible. La presse peut avoir à jouer un rôle important dans l'éducation des masses, telle son influence dans la question de l'alcool, par exemple, qui est un domaine de première importance pour l'hygiène mentale.

M. TRAMER (de Soleure) esquaissa les rapports de l'hygiène mentale et de l'éducation. Elle peut apporter une contribution fondamentale à l'éducation, montrant l'importance du conflit dans la vie de l'enfant, la formation du caractère, les rapports autoritatifs.

M. BLUM (de Berne) montra les relations de l'hygiène mentale avec les *assurances sociales*. Malgré des dispositions légales très claires, il existe une foule de problèmes psychologiques touchant les rapports des assurés et des assurances qui ne sont pas encore élucidés. Le danger existe que cette institution créée dans le but de servir les intérêts humains les plus importants, tourne à leur détriment. L'hygiène mentale doit contribuer, entre autres, à la solution du problème des névroses d'appétence et de revendication des assurés, dont les causes psychologiques primaires ne sont pas encore assez connues, ce qui serait nécessaire pour les éviter. Il n'est pas encore établi si les causes tiennent à la loi, au malade ou au médecin. L'auteur étudie particulièrement le concept de la *conscience morale de la santé* (Gesundheitsgewissen) comme facteur éminemment important dans ces conditions.

M. BERSOT (du Landeron), en montrant l'utilité et l'importance d'une statistique des aliénés bien organisée, présente un *projet d'unification des statistiques européennes des malades mentaux*. L'assemblée décide de faire

une démarche auprès du prochain Comité International d'Hygiène mentale à Paris.

*
**

La *Société Suisse de Psychiatrie* et le *Comité national d'Hygiène mentale* avaient également participé à la *première exposition suisse d'Hygiène et de Sport*, ouverte à Berne de juillet à septembre 1931. Les asiles suisses avaient exposé des plans, des photographies, des graphiques et surtout un ensemble de travaux manufacturés afin de faire voir à un public plus large quelle place tenait dans le traitement des aliénés l'occupation par le travail.

Le Dr MÖRGENTHALER avait fait illustrer par un artiste-peintre les bons et les mauvais principes qui selon l'hygiène mentale devraient suivre ou qui menacent l'homme du berceau à la tombe. Cette vulgarisation de l'hygiène mentale a trouvé le plus grand succès auprès des visiteurs de l'exposition et fait bien augurer du développement de ce mouvement en Suisse.

H. STECK.

Société Catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séance du 13 Octobre 1931

Présidence du Dr J. CORDOBA

Syndrome de Little de forme athétosique double et régressive. Considérations étiologiques et nosologiques. Influence de la bulbo-capnine, par M. A. SUBIRANA (de Barcelone).

Présentation d'une malade de 19 ans, dont l'analyse des troubles fait penser au syndrome décrit par C. Vogt (état marbré du striatum). Pas de symptômes atypiques. Sous l'action de la bulbo-capnine, les mouvements athétosiques et les spasmes musculaires diminuent très considérablement, mais sitôt que la cure est interrompue, les troubles s'exagèrent à nouveau.

Evolution spéciale du syndrome d'hypertension intra-cranienne dans un cas de tumeur temporo-occipitale. Essai d'interprétation, par M. A. SUBIRANA (de Barcelone).

Malade de 31 ans présentant une stase papillaire bilatérale, des céphalées temporo-occipitales gauches, quelques crises de vomissements, une

hémianopsie latérale homonyme droite avec hallucinations visuelles simples (point blanc entouré d'un cercle bleu) du champ hémianopsique et des troubles pyramidaux et vestibulaires très légers. Courbe du benjoin déviée à droite. Opération refusée. Traitement spécifique. Pendant une année, intervalles d'amélioration avec disparition des maux de tête, des vomissements et de la stase papillaire. L'existence d'une lésion spécifique est peu probable ; il est plus vraisemblable de penser à certaines poussées d'arachnoïdite périlésionnelle, lesquelles, d'après les résultats de l'encéphalographie artérielle, se modifient par l'action des médications classiques.

Hypométabolisme de la neurasthénie constitutionnelle,
par MM. R. SARRÓ et M. TAVERNA (de Barcelone).

Dans 6 cas de neurasthénie cliniquement classique (constitution asthénique, caractérologie d'allure schizothymique ou schizoïde, intelligence et vie sexuelle normales, quelques stigmates dégénératifs et pas de signes hypothyroïdiens) les chiffres du métabolisme ont oscillé entre -6 et -30 . L'étude de la symptomatologie n'a pas permis aux auteurs de diviser la neurasthénie selon la classification de Szondi. La labilité du système nerveux végétatif, contrôlée pharmacodynamiquement, s'oriente dans le sens de la vagotonie. Tension artérielle normale ou hyponormale. Cure thyroïdienne très peu efficace. Cette symptomatologie, appartenant plutôt à une névrose de pathogénie non hypothyroïdienne, n'est pas conforme à la description de Marañón. Il faut croire cependant, si nous tenons compte des chiffres trouvés, à un véritable facteur thyroïdien. On doit faire intervenir aussi un déficit sympathico-surrénal ou hypophysaire. Les auteurs envisagent avec des réserves ces hypothèses de troubles endocriniens.

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

Séance du 27 Octobre 1931

Présidence du Dr J. CORDOBA

Cas de gomme cérébrale guérie par une cure spécifique,
par MM. B. RODRÍGUEZ-ARIAS et G. CAPÓ (de Barcelone).

Présentation d'un ancien syphilitique, diabétique, sans aucun antécédent d'importance. 2 ictus cérébraux graves en 48 h., suivis d'une hémiplegie gauche totale, avec hémianesthésie absolue et une réduction concentrique (aspect d'une hémianopsie latérale homonyme gauche) du champ visuel. Stase papillaire légère à gauche. Céphalalgies droites. Aortite. Radiographie du crâne négative. Réactions du sang positives (syphilis). Ponction lombaire refusée. Traitement par cyanure de mercure, néosalvarsan et bismuth pendant 3 mois. En octobre 1931 « restitutio ad integrum » (parésie presque imperceptible de la main gauche, champ visuel sensiblement nor-

mal, réflexes égaux et Wassermann négatif). Le patient a d'abord été considéré comme atteint d'une artérite cérébrale spécifique, puis d'un processus gommeux cérébral par la coïncidence d'une symptomatologie focale, d'une céphalalgie croisée et d'un Wassermann positif. Il faut retenir surtout le début par ictus grave, la symptomatologie d'une localisation exceptionnellement précise et le résultat rapide du traitement spécifique. Les cures antisypilitiques, assez efficaces transitoirement dans quelques cas de gliomes cérébraux par exemple, n'obtiennent jamais un succès aussi complet que dans le cas présent.

Considérations pathogéniques et thérapeutiques à propos d'un cas de torticollis spasmodique, par MM. A. SUBIRANA et J. MONTEYS (de Barcelone).

Après avoir envisagé la partie historique de la question, les auteurs présentent un malade atteint de torticollis tonique typique. Les antécédents névropathiques sont très sérieux, les altérations extra-pyramidales assez légères, mais importantes (inégalité des réflexes de posture et du phénomène de la poussée), la réaction myodystonique positive (muscle pectoral); l'excitabilité vestibulaire un peu modifiée et les signes radiologiques de la colonne vertébrale positifs (arthrite cervicale chronique, primitive d'après Léri). Les auteurs discutent le rôle des facteurs mentionnés dans la genèse des troubles (travaux de Barré, Melkerson, etc.) et analysent, en outre, les divers traitements conseillés.

La nouvelle Loi sur l'Assistance des malades psychiques. Les principes en sont très beaux, mais on pourrait en corriger la forme, par M. M. SOLER-MARTÍN (de Barcelone).

La nouvelle Loi a été très bien accueillie par les psychiatres, qui en ont inspiré l'orientation et la rédaction a été discutée au Congrès de Séville de 1929. Mais, malgré l'enthousiasme constaté partout — car les dispositions dictées représentent vraiment l'acte final d'une lutte acharnée, poursuivie par les spécialistes pendant 46 ans — il serait bon, peut-être, de signaler quelques petites lacunes et de commencer une prudente campagne de révisionisme. Par exemple, le concept de propriété (établissements psychiatriques privés) est discutable, ainsi que la division entre services ouverts et fermés, surtout dans les Hôpitaux placés en ville. La question des permissions de sortie, provisoires ou temporaires et définitives, est difficile à interpréter. Les placements involontaires d'urgence ne sont pas si faciles qu'on le croit. L'auteur propose à la Société de nommer quelques rapporteurs pour discuter les modifications proposées.

B. RODRIGUEZ-ARIAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

La folie au **XX^e** siècle. *Etude médico-sociale*, par MM. A. RODIET et G. HEUYER. (1 vol. in-8°, 360 pages, Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1931).

Pour rechercher si le bouleversement social qui s'est produit de 1914 à 1918 a modifié « l'évolution de la folie » à Paris au **xx^e** siècle, MM. Rodiet et Heuyer ont puisé leurs documents cliniques dans ce riche centre d'observation et d'internement qu'est l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police, d'où sont sortis tant de remarquables travaux de Lasègue, Legrand du Saulle, Paul Garnier, Ernest Dupré, G. de Clérambault.

Dans une *première partie*, les auteurs recherchent les causes du déséquilibre social à Paris au **xx^e** siècle, rappellent les conclusions de MM. A. Rodiet et A. Fribourg-Blanc sur l'influence de la guerre sur l'aliénation mentale (1) et montrent l'évolution de l'Assistance aux aliénés après la guerre.

La *deuxième partie* est consacrée aux statistiques et tableaux représentant l'évolution de l'aliénation mentale à Paris avant, pendant et après la guerre. L'examen de ces tableaux et de ces chiffres permet d'étudier successivement les différents syndromes et maladies psychiques, leur apparition chez les étrangers immigrés en France, les cas de simulation, les délits et les crimes commis par des aliénés pendant l'année qui a précédé la guerre et les années qui l'ont suivie. On y voit que les entrées à l'Infirmierie sont plus nombreuses en 1913 que pendant les années qui suivirent la guerre. On y remarque le fléchissement de la courbe des entrées pendant la guerre. De nombreuses observations résumées figurent dans cette deuxième partie que termine la description des troubles psychiques de l'encéphalite épidémique et l'examen de la doctrine de Freud sur la psychanalyse. De cet examen, MM. Rodiet et Heuyer concluent que, dans un certain nombre de cas, la psychanalyse apporte à la psychiatrie clinique une aide à l'observation et à la description plus minutieuse des symptômes. Ils estiment que certains malades, judicieusement choisis, peuvent bénéficier de la thérapeutique psychanalytique.

Dans la *troisième partie*, les auteurs concluent qu'il ne serait pas plus

(1) La Folie et la Guerre, par A. RODIET et A. FRIBOURG-BLANC (Félix Alcan. édit., Paris, 1930). Voir *Annales Médico-psychologiques*, février 1931, p. 210-211.

légitime d'affirmer que la guerre a déterminé des psychoses d'un nouveau genre, qu'il ne serait vrai de penser que son influence a été nulle sur l'éclosion des troubles mentaux dont les émotions, les fatigues, les infections, les intoxications et auto-intoxications, etc., ont favorisé l'éclosion plus fréquemment qu'en temps de paix. C'est sur un terrain prédisposé qu'apparaissent non seulement les psychoses mal systématisées accidentelles ou occasionnelles toxi-infectieuses, mais aussi les psychoses pures, essentielles.

MM. Rodiet et Heuyer passent ensuite en revue les diverses formes de l'Assistance aux aliénés et les améliorations nécessaires. Ils concluent de leurs observations que « de nombreux aliénés ne bénéficient pas, autant qu'on pourrait le croire, d'un internement même prolongé » et exposent comment il conviendrait d'organiser l'assistance aux alcooliques, le retour à la terre natale, l'assistance familiale (telle qu'elle a été réalisée sous l'inspiration d'Aug. Marie, par le département de la Seine), la thérapeutique à l'asile par le travail, le rôle et l'utilité des Sociétés de Patronage aux aliénés sortis des Asiles, l'assistance aux aliénés criminels, la création de services de contagieux et de services de tuberculeux pour aliénés internés, la réglementation de sorties d'essai, l'éducation du public à l'aide des ligues d'hygiène mentale, l'assistance hospitalisée ou familiale de l'enfance anormale.

De nombreux tableaux et résultats statistiques, établis sous la direction de M. Vetel, Directeur du Service des Aliénés à la Préfecture de Police, donnent à cet ouvrage une riche valeur documentaire.

René CHARPENTIER.

Deux réflexes neurovégétatifs, par Fernando GORRITI, 2 volumes, 603 et 820 pages. Buenos Aires, Imprimerie de « La Semana Medica », 1931.

On ne pourra pas reprocher au professeur Gorriti de publier des résultats prématurés. Son énorme travail porte sur les relations des réflexes oculo-cardiaque et solaire chez 2.102 malades mentaux ; il est complété par 408 expériences pharmacodynamiques. Toutes les précautions ont été prises pour donner aux recherches les garanties désirables : mêmes circonstances extérieures, libération de l'influence des médications antérieures, conditions identiques vis-à-vis des périodes digestives, temps d'examen rigoureusement contrôlé avec mesure des variations vasculaires post-opératoires pour écarter les erreurs imputables au psychisme occasionnel du patient, ignorance chez l'expérimentateur du diagnostic et des résultats précédents. Une longue pratique de la question permet à l'auteur d'aborder tous ses aspects et de comparer ses techniques à celles des autres médecins parmi lesquels se trouvent surtout des spécialistes français dont Gorriti connaît à fond les travaux.

Dans la grosse majorité des cas (83,5 0/0), on constate qu'il n'y a pas d'antagonisme entre les deux réflexes, si on admet que l'oculo-cardiaque positif correspond à un état vagotonique et le solaire positif à un état sympathicotonique. Dans 79 0/0 des cas, les deux réflexes indiquent la vagotonie. Il est impossible d'établir une formule neuro-végétative pour telle ou telle psychose.

L'action des substances pharmacodynamiques (adrénaline, atropine, pilocarpine) vérifie généralement ces données. Il y a cependant des cas où elles se comportent différemment vis-à-vis de l'un ou l'autre réflexe. C'est le

réflexe oculo-cardiaque qui se montre le plus sensible et indique le plus nettement les variations du tonus neuro-végétatif, tandis que le réflexe-solaire subit moins d'irrégularité dans ses modifications sous l'influence des agents sympathicomimétiques.

Le plan de l'auteur est des plus simples. La division en deux tomes a été adoptée, non pas pour des raisons didactiques, mais à cause du volume de l'ouvrage. Les psychoses sont étudiées dans leur forme pure et associées à l'alcoolisme (démence précoce, paralysie générale, syndromes de dégénérescence mentale) dans le tome I. Dans le tome II la question est reprise du point de vue des différentes formes de l'alcoolisme aigu et chronique. Les états épileptiques sont ensuite passés en revue. Enfin la confusion mentale, les délires, la psychose maniaque-dépressive et les démences sont examinés. A propos de ces différents chapitres, il est aisé de retrouver les résultats de l'examen des deux réflexes, des essais pharmacodynamiques, les conclusions partielles de l'auteur et leur comparaison avec les points antérieurement établis grâce à des tables très détaillées.

P. CARRETTE.

La pression artérielle moyenne et les courbes oscillométriques dans la démence précoce hébéphrénique et hébéphréno-catatonique, par le Dr Joseph LAPEYRE, ancien externe des hôpitaux de Paris. 1 brochure 44 pages. L. Arnette, éd. *Thèse Paris*, 1931.

Les troubles vasculaires et vaso-moteurs dans la démence précoce sont souvent extrêmement marqués et l'on peut ainsi en résumer les principaux aspects. — Troubles vasculaires des extrémités : acrocyanose, œdème, dermographisme, hyperhydrose, refroidissement des extrémités, pseudo-œdème catatonique, crises d'asphyxie symétrique. — Troubles du visage : pâleur et aspect terreux du teint. — Troubles des membres inférieurs : blancheur ischémique en position couchée, teinte rouge écarlate instantanée en position debout, atonie capillaro-veineuse très marquée.

Ces troubles vasculaires ayant été déjà étudiés par la pléthysmographie, le Dr Lapeyre a voulu cette fois explorer l'état général du régime circulatoire chez les déments précoces par la recherche systématique de la pression moyenne, suivant les dernières données du Professeur Vaquez et de ses collaborateurs, et par la même occasion étudier leur indice oscillométrique en position couchée et assise, la courbe établie en position assise ne servant qu'à l'étude du réflexe de l'angiospasmus orthostatique. Ces recherches ont porté sur des malades hébéphréniques traitées dans le service du Dr Baruk à Clermont.

La pression moyenne s'est montrée souvent élevée, tandis que l'indice oscillométrique est presque toujours abaissé. Très vraisemblablement, c'est le système circulatoire périphérique qui est atteint et, vraisemblablement aussi, à la suite d'une atteinte organique des centres végétatifs cérébraux.

Roger DUPOUY.

La catatonie intermittente. Diagnostic différentiel avec la crise de catalepsie hystérique, par le Dr Joseph E. SIDAWY. 1 brochure 109 pages. M. Lac, éd. *Thèse Paris*, 1931.

Dans cette thèse inspirée par M. Baruk, l'auteur montre l'évolution de phénomènes catatoniques entrecoupée de rémissions psychiques incomplètes. Il cite ensuite un certain nombre de faits de catatonie intermittente, en appa-

rence essentielle, et d'autres cas de catatonie intermittente symptomatique d'une atteinte dynamique cérébrale à la suite d'une intoxication (éthylisme), d'une toxi-infection, d'un traumatisme, d'un trouble endocrinien. Il s'attache enfin à l'étude du diagnostic différentiel de la catatonie intermittente, en apparence essentielle, que l'on peut confondre avec des crises de narcolepsie ou de catalepsie hystérique.

La crise catatonique peut en effet donner à ce point l'impression du sommeil pathologique que le diagnostic de narcolepsie ou d'encéphalite léthargique a pu être posé à son sujet. Or, dans la narcolepsie et le sommeil pathologique vrai, on réveille le malade à la moindre incitation, tandis que dans la crise de catatonie ou de catalepsie, le réveil est impossible ou tout au moins extrêmement difficile, long et laborieux. La catatonie, d'autre part, s'accompagne d'une rigidité spéciale, tout à fait caractéristique.

Quant à la catalepsie hystérique, elle ne s'accompagne pas de délire, la personnalité psychique est intacte, alors que dans la crise catatonique le psychisme est profondément troublé, il s'agit d'un véritable état d'aliénation mentale et l'on constate de l'automatisme psycho-moteur, du négativisme, des stéréotypies, des idées délirantes, des hallucinations, etc. Cependant, le diagnostic est d'autant plus difficile qu'à notre avis le début de la démence précoce, par conséquent de la catatonie, peut être marqué par l'écllosion de crises de franche hystérie.

Roger DUPOUY.

PSYCHOLOGIE

Nouveau traité de psychologie, par le Dr Georges DUMAS, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Sorbonne. Tome I. (1 vol. in-8°, 428 pages Félix Alcan, édit., Paris, 1930).

Cet ouvrage n'est pas une réédition du *Traité de Psychologie* paru en 1923 en deux volumes. Dix volumes ont été prévus et les deux derniers seront consacrés à la pathologie mentale et à la psychologie pathologique. C'est un ouvrage considérable pour lequel M. Georges Dumas a choisi quarante-cinq collaborateurs et qui traitera de tous les problèmes de la psychologie normale et pathologique.

Au seuil de ce nouveau traité, M. Georges Dumas a voulu faire place à quelques *notions préliminaires* qu'il tient pour « indispensables à ceux qui étudient les faits de l'esprit sans les séparer arbitrairement des faits qui les conditionnent dans l'organisme ou qui les préparent dans l'évolution de l'espèce ». Etudiant la place de l'homme dans la série animale, M. R. Perrier expose les données scientifiques permettant d'établir la phylogénie des formes animales et recherche les diverses étapes de la phylogénie de l'homme. M. P. Rivet résume les données de l'anthropologie. M. Ch. Champy examine les bases physiologiques des variations psychiques qui caractérisent les sexes et les âges. M. Louis Lapicque expose la physiologie générale du système nerveux et l'esquisse d'une solution du problème du fonctionnement nerveux. La physiologie spéciale du système nerveux est étudiée par M. Aug. Tournay dans un long et important chapitre où il passe en revue les constructions primaires, les superstructures, l'écorce cérébrale et les localisations. L'étude de M. Henri Wallon sur le problème biologique de la conscience termine ces chapitres consacrés aux notions préliminaires.

Le livre I qui achève ce premier volume du *Traité* contient un remarquable chapitre de M. Georges Dumas. Dans cette *Introduction à la Psychologie*, M. Georges Dumas, après avoir montré quelles sont les sources de la psychologie scientifique, résume les grands courants de la Psychologie française contemporaine et l'influence de ces conceptions sur ce *Traité* qui vise à être impartial, objectif et complet, faisant passer les informations et les faits avant les interprétations systématiques. Le premier volume se termine par un article de Méthodologie de M. André Lalande intitulé *la Psychologie, ses divers objets et ses méthodes*.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

Anatomie du système nerveux, par Paul COSSA. *Préface* du Professeur H. Claude. 1 vol. de 400 p., A. Legrand, édit., Paris, 1931.

M. Paul Cossa, ancien chef de clinique à la Faculté, présente sous une forme concrète une complète anatomie du système nerveux central. Son livre, dont la documentation est puisée aux meilleures sources, rendra très accessible la partie la plus difficile de l'anatomie humaine.

Certains systèmes délicats, susceptibles de déductions anatomo-cliniques importantes, sont l'objet d'un soin particulier: voies pyramidales et extra-pyramidales, régions thalamique et sous-thalamique, noyaux striés, connexions vestibulaires et cérébelleuses, voies de la sensibilité, vascularisation cérébrale, etc...

Le texte, d'une clarté parfaite, est illustré de nombreux schémas, la plupart originaux.

Tous les étudiants et les médecins qui désireront avoir une idée précise du névraxe liront avec profit le livre de Paul Cossa et y prendront à coup sûr le goût de la neurologie.

LÉVY-VALENSI.

ENDOCRINOLOGIE

Nervosisme et Glandes endocrines, par le Dr LÉOPOLD-LÉVI, (1 vol. in-16, 160 pages, Editions de l'*Esprit Médical*, Paris, 1931).

Ce travail est consacré à l'intervention des glandes endocrines dans l'apparition des troubles nerveux considérés comme le résultat de dysendocrinies héréditaires ou acquises. Pour qu'une machine fonctionne, écrivait en 1908 M. Léopold-Lévi, il ne suffit pas que le combustible (hormones) soit abondant et de bonne qualité. Il faut que le moteur (système nerveux) soit en bon état. Il est nécessaire enfin que tous les rouages (métabolismes divers) exécutent normalement leur fonctionnement. Le système nerveux, en particulier le système sympathique, est subordonné aux endocrines, mais l'appareil endocrine subit, à son tour, l'influence du système nerveux et du système sympathique.

M. Léopold-Lévi analyse successivement l'action sur le système nerveux de chaque glande endocrine (thyroïde, surrénale, hypophyse, foie, parathyroïdes, pancréas, prostate, glandes salivaires, appareil sexuel). Tentant ensuite une synthèse endocrinienne des « syndromes cliniques nerveux »,

il passe en revue les hypermoteurs, hyperactifs, spasmes, les hypersensibles, hyperémotifs, les angoissés, les fluxionnaires, angiocriniens, les perturbés de la vie instinctive, les neuro-arthritiques, les neuro-asthéniques et les labiles. Il termine par l'exposé des causes, du mécanisme et du traitement du « nervosisme endocrinien ».

Dans un intéressant chapitre de ce livre, le Dr *Camille Stréletski*, Secrétaire général de la Société de Graphologie, et qui fut, en psychiatrie, l'élève du Professeur Ernest Dupré, expose avec clarté des notions de neuro-endocrino-graphologie, et montre l'importance thérapeutique des corrections graphiques, de la psychothérapie graphique, de la *graphothérapie*. Le graphisme individuel, personnel, n'est, en fin de compte, que le modèle calligraphique, vu à travers notre tempérament et déformé par ce tempérament.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Phénomène moteur catatonique dans la fracture du crâne avec lésion cérébrale, par E. S. GURDJIAN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, mai 1931.

La rigidité catatonique est ici associée dans 2 cas à des troubles des fonctions corticales ; nouvel argument contre le rapport nécessaire de la catatonie avec les lésions des noyaux gris. L'une des observations est complétée par l'autopsie qui vérifie les altérations superficielles et constate l'intégrité des corps striés, de l'hypothalamus et du cervelet.

P. CARRETTE.

Epilepsie et Démence précoce, par T. SENISE (de Naples). *Il Cervello*, 15 janvier 1931.

L'auteur signale la rareté de l'association épilepsie et démence précoce. Il a eu néanmoins l'occasion d'en observer quelques cas. Chez certains, l'épilepsie et la démence précoce avaient été simultanées dans leur apparition ; dans quelques cas, la démence précoce avait été la première, mais dans la majorité des cas, c'est l'épilepsie qui avait été primitive.

L'auteur montre la difficulté du diagnostic différentiel entre la démence précoce post-épileptique et la démence épileptique post-convulsive et le peu d'éclaircissement que l'on peut trouver sur cette question dans la littérature neuro-psychiatrique, en général.

Paul ABÉLY.

Le mécanisme central des crises épileptiques généralisées, par E. SPIEGEL (de Vienne). *The American Journal of Psychiatry*, janvier 1931.

Les excitations électriques, les poisons convulsivants, agiraient en modifiant la perméabilité des membranes et des cellules. Les modes de propaga-

tion d'une zone motrice à l'autre sont très complexes. A côté du rôle des fibres calleuses, une part importante revient aux noyaux pontiques et aux formations ganglionnaires profondes du rhombencéphale. P. C.

L'influence de l'heure du jour, du sommeil et d'autres facteurs sur la fréquence des crises épileptiques, par Frederick L. PATRY. *The American Journal of Psychiatry*, mars 1931.

L'étude de 31 épileptiques adultes, suivis pendant un an, a montré que la prédominance horaire, soit diurne, soit nocturne, existait dans les 2/3 des cas. Les attaques se groupent autour de certaines heures, notamment au premier réveil et au coucher. Une périodicité est constatée non seulement pour le jour du mois, mais pour certains mois dans l'année et en particulier pour ceux du printemps. Le niveau mental paraît être le plus élevé dans le groupe à crises diurnes, qui est également celui des plus longs intervalles entre les crises et des états stuporeux et confusionnels les plus durables. P. C.

Epilepsie convulsive, décalcification du squelette des 2 pieds et double cataracte d'origine congénitale, par Rafael E. RODRIGUEZ. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, Nos 10-11-12, 1930.

L'évolution des phénomènes cliniques, l'influence du traitement donnent à cette observation la valeur d'une rigoureuse expérience de laboratoire. Les crises convulsives apparues à 38 ans ont le caractère de l'épilepsie essentielle ; rien dans les signes décrits ne rappelle la tétanie. Les désordres des membres inférieurs furent exactement symétriques et la décalcification ne fut diagnostiquée que tardivement et après radiographie. La cataracte strictement bilatérale évolua en surface comme elle le fait chez les sujets jeunes et quand elle est d'origine endocrinienne.

La guérison complète des troubles acquis et la fixation de la cataracte furent obtenues par la cure thyro-parathyroïdienne avec appoint de chlorure de calcium et contrôle de la calcémie. Le traitement par les anti-convulsivants put ainsi être réduit au minimum : de petites quantités de véronal, surtout administré comme hypnotique.

L'auteur admet l'intervention d'une inhibition toxique sur le sympathique dont le rôle trophique aurait été troublé dans ce cas, comme il l'est dans certains syndromes des extrémités, telle la maladie de Raynaud.

P. CARRETTE.

Crises convulsives, leur production et leur contrôle. Etude spéciale du mécanisme probable de la crise elle-même, par Temple FAY. *American Journal of Psychiatry*, janvier 1931.

Les différentes formes d'épilepsie sont liées à des troubles de l'hydraulique cérébrale, telle est la conclusion du travail de Temple Fay, après des recherches poursuivies pendant 3 années par l'expérimentation, la thérapeutique médicale, la chirurgie cérébrale, l'encéphalographie. L'accumulation d'eau favorisée par un régime inadéquat, par le mauvais état des reins et de la peau, par des troubles cardiaques et vasculaires, augmente la pression intracrânienne, provoque un certain degré d'œdème cérébral et des perturbations dans les fonctions de contrôle du cortex. L'épilepsie dite essentielle

a son point de départ dans des malformations des organes de drainage, conséquences de traumatismes, d'infections de la vie fœtale, de la naissance ou de l'enfance.

Les agents chimiques administrés pour lutter contre certaines causes locales irritatives ne peuvent fournir qu'une aide transitoire. La phase d'accroissement de la pression intracrânienne apparaît tôt ou tard, et sa conclusion habituelle, c'est la décérébration physiologique avec la perte de connaissance et les spasmes. Le retour à l'état normal n'est possible qu'après une large élimination d'eau. On comprend dès lors l'intérêt capital qui s'attacherait au fonctionnement des émonctoires et à la diététique dans le traitement des différentes formes d'épilepsie.

P. CARRETTE.

Quelques expériences des effets de la caféine, de l'adrénaline et des bromures sur la sensibilité à la production de convulsions expérimentales chez les animaux, par J. NOTKIN et F. H. PIKE. *The American Journal of Psychiatry*, mars 1931.

Chez le chat, la caféine à dose élevée produit des symptômes qui rappellent l'intoxication par la strychnine. Elle diminue le seuil convulsivant de l'absinthe, de même que l'adrénaline. Les injections intra-veineuses de ce dernier produit à dose suffisante, provoquent aussi des phénomènes épileptiformes. Les animaux recevant au contraire du bromure de sodium dans les veines ou du sédobrol incorporé à leur nourriture ont montré une plus grande résistance à l'action excitante de l'absinthe.

P. CARRETTE.

Hystérie oculaire, par Rodolfo Julio GUIRAL. *Revista de Psiquiatria y Neurologia de la Habana*, octobre-novembre-décembre, 1930.

L'auteur cite quelques cas de troubles oculaires fonctionnels guéris par suggestion. Dans l'une des observations, l'anamnèse, en dehors de toute préoccupation psychanalytique, permet de découvrir chez le sujet une crainte oubliée d'affection oculaire comme conséquence de la masturbation, notion acquise au cours d'une lecture et qui avait autrefois servi à la guérison momentanée de la mauvaise habitude.

P. C.

Contracture hystérique des membres inférieurs à l'occasion de l'épidémie de poliomyélite, par H. CALLEVAERT. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 8, août 1930, p. 504.

A propos d'une observation de contracture paraplégique avec anesthésie apparue chez une fillette mythomane, Callevaert distingue les troubles fonctionnels du type pyramidal, de pathogénie corticale, très accessibles à la suggestion, et les troubles fonctionnels du type strié, dont le mécanisme est plus complexe, en raison de la proximité du corps strié et des centres sympathiques de la fonction émotive. Quant à la contracture hystérique, elle est particulièrement résistante à la thérapeutique suggestive et rééducatrice.

G. D.

Le tempérament nerveux : sa répartition et son aspect clinique, par Millais CULPIN. *The british journal of medical psychology*, 9 avril 1931.

Un effort pour délimiter le sens du mot « nerveux » couramment appliqué à certains malades. On se reportera avec profit à la classification donnée p. 34 et aux observations qui suivent.

Th. S.

L'émotion d'un point de vue neurologique, par T. R. HILL. *The british journal of medical psychology*, 9 avril 1931.

1. L'émotion liée aux tendances (p. 40 et suiv.). — 2. Résumé des conceptions de Head et Holmes sur les fonctions de la couche optique (notamment p. 45 et 46). — 3. Applications pathologiques (p. 48). — 4. Système sympathique et glandes endocrines (notamment p. 52).

Th. S.

Le rapport des lésions anatomiques et des troubles psychiques dans la sclérose en plaques du cerveau et de la moelle, par J. HANDELSMAN. *Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XII et XV, 1931, p. 93.

H... réunit 29 observations de sclérose en plaques avec des troubles psychiques variés plus ou moins accentués. Il souligne la diversité des aspects psychopathiques observés. Cependant, il existe toute une série de caractères dominants qui se rencontrent presque dans chaque cas. Ces caractères prennent une apparence de stabilité et facilitent le diagnostic. Les troubles mentaux se manifestent surtout dans la sphère émotionnelle sous forme d'euphorie, de dystonie, de sensibilité, d'instabilité d'humeur. Les troubles de la mémoire, de l'attention et du sens critique sont fréquents. Ils sont plus fréquents et plus manifestes au début de la maladie. Plus tard, ils revêtent le caractère épisodique et passager et ont une tendance générale à régresser pendant les périodes de rémission organique. Au stade avancé, les malades présentent surtout de la passivité psychique, du puérilisme, de l'affaiblissement de l'énergie vitale, des troubles de la mémoire, de l'attention, de l'inaffectivité, de l'optimisme et du gâtisme.

Au point de vue anatomique, H... ne trouve jamais d'altération des cellules nerveuses. Les plaques de sclérose présentent 2 types : 1° plaques anciennes caractérisées par la prolifération des fibrilles de la névroglie, de la démyélinisation. A la périphérie, on trouve une mince couche de cellules granulo-adipeuses et une zone adjacente peu vascularisée ; 2° les plaques récentes présentent également de la démyélinisation, de la prolifération gliale, le réseau fibrillaire est fin et serré. Par contre, la couche de cellules granulo-graisseuses est épaisse, les vaisseaux multiples et dilatés. Souvent il y a de l'infiltration lymphocytaire et de nombreuses cellules, plasmatiques.

Les deux types se rencontrent fréquemment simultanément. Dans les cas à évolution aiguë, les plaques récentes prédominent.

Il est difficile de se prononcer d'une façon absolue sur la question de savoir s'il s'agit d'une réaction inflammatoire ou d'une réaction infectieuse, ou d'une inflammation symptomatique suivant les idées de Spielmeyer.

Bien que, histologiquement, on se trouve en présence de lésions de deux types différents, il s'agit probablement du même processus pathologique. Malgré toute leur vraisemblance, les données anatomiques ne sont pas suffisantes pour affirmer avec certitude l'origine toxi-infectieuse des lésions. Les troubles psychiques dépendent moins de l'étendue des lésions que de l'intensité évolutive. Ils prédominent au début de l'affection et dans les périodes de poussées aiguës. Les manifestations psychiques du début revêtent les caractères de psychoses exogènes du type Bonhofffer. Enfin, d'autres troubles tels que l'euphorie, les troubles de la mémoire et de l'attention rappellent le syndrome organique de Bleuler.

Fribourg-Blanc.

Syndrome Parkinsonien Mélancolique et Hyperglycémie, par Juan M. OBARRIO et Alejandro J. PETRE. *La Medicina Argentina*, juin 1931.

Un sujet, débile mental, atteint en outre de dyslalie et d'anosmie, présente, à l'âge de 50 ans, un syndrome de mélancolie anxieuse avec inhibition. L'examen neurologique révèle l'apparition contemporaine et le développement rapide de troubles moteurs extra-pyramidaux très accusés, tels qu'on les voit dans le parkinsonisme. Les recherches biologiques pratiquées donnent un seul résultat à noter : une hyperglycémie de 1,66 0/00. La glycosurie n'est pas mentionnée.

Les auteurs, ajoutant cette observation à des faits analogues rapportés antérieurement, assimilent la mélancolie stuporeuse au syndrome parkinsonien.

P. CARRETTE.

Bouffées hallucinatoires auditives et délirantes dans le parkinsonisme post-encéphalitique, par L. CHLOPICKI. *Rocznik Psychiatryczny*, XIV/XV, Varsovie, 1931.

On connaît l'association étroite qui existe chez les parkinsoniens entre les modifications émotives et les troubles somatiques tels que les contractures et les douleurs. Ici le parallélisme s'établit entre les paroxysmes névropathiques d'une part et, d'autre part, des préoccupations obsédantes survenant par bouffées à l'occasion d'hallucinations auditives. Ces crises neuro-psychiques sont calmées par la scopolamine et l'harminé.

P. C.

Automatisme ambulateur chez une encéphalitique hypertonique, par le Dr A. LEROY (Liège). *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 2, Bruxelles, février 1931.

Fugues impulsives, inconscientes, apparues chez une encéphalitique de 33 ans, dont le père était alcoolique et un frère et une sœur épileptiques. Cette observation vient s'ajouter à celles qui ont montré l'apparition de l'épilepsie au cours d'une encéphalite épidémique.

G. D.

Contribution à la casuistique des syndromes parkinsoniens, par M. D. SARIC. *Revue neurologique tchèque*, 1930, n° 7-8.

L'auteur décrit deux cas de syndrome parkinsonien; dans lesquels on a observé des modifications des réflexes, surtout dans le domaine du sympathique. Chez les deux malades, présentant un degré considérable d'hyperémotivité, on a noté une hyporéflexivité parasympathique qui contraste avec ce que l'on observe dans les formes typiques du parkinsonisme où la bradyphrénie et l'hyperréflexivité du parasympathique sont la règle. Le système orthosympathique montrait, au contraire, une hyperréflexivité remarquable.

D'après l'opinion de l'auteur, on peut établir un certain parallélisme entre l'état psychique des malades et leur formule végétative qui parle en faveur de la localisation des centres psychovégétatifs dans la région du III^e ventricule (psychisme sous-cortical de Haskovec).

SEBEK.

Sur le centre du sommeil, par L. HALLION. *Revue pratique de Biologie appliquée à la Clinique et à la Thérapeutique*, juin 1931.

Le doute sur l'existence d'un centre du sommeil ne serait plus possible aujourd'hui. Ce centre inhibe les hémisphères cérébraux quand il est excité. Il siège au voisinage du plancher du 3^e ventricule dans la région hypothalamique. Hess, chez le chat, par des excitations électriques de cette partie du diencéphale, provoque un sommeil qui a les prodromes, l'intensité, l'arrêt du sommeil normal. On n'a pas encore pu obtenir de localisation plus précise, mais l'exemple de l'association syndromique dans l'encéphalite épidémique tendrait à indiquer qu'il faut le chercher tout près des noyaux moteurs oculaires, au niveau de l'abouchement supérieur de l'aqueduc de Sylvius.

P. CARRETTE.

Le syndrome de Laurence-Biedl : exposé d'un cas, par Stuart N. ROWE. *Philadelphia Neurological Society*, 24 octobre 1930, in *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago, avril 1931.

La dystrophie adiposo-génitale avec rétinite pigmentaire, polydactylie et déficience mentale est désignée sous le nom de syndrome de Laurence-Biedl. L'explication pathogénique, proposée dans la discussion par A.-M. Ornsteen qui a observé 3 cas, est la suivante : le chiasma optique et l'infundibulum se développent en des points très voisins sur la paroi ventrale de la vésicule cérébrale primitive. Toute perturbation embryologique de cette région a des chances de léser à la fois les fibres efférentes de la rétine passant par le chiasma et réglant la distribution du pigment des cellules, les voies optiques proprement dites, l'hypothalamus dont l'insuffisance est à l'origine du syndrome adiposo-génital.

P. C.

L'idiotie amaurotique juvénile (Die juvénile amaurotische Idiotie), par TORSTEN SJÖGREN. *Hereditas* (Lund, Suède), 1931, I, supplément, 230 pages.

Etude clinique et hérédobiologique très approfondie de cette maladie, appuyée par plus de 100 observations de malades, appartenant à environ 50 familles.

L'idiotie amaurotique juvénile, considérée comme extrêmement rare par les auteurs étrangers, est assez fréquente en Suède. L'auteur en donne une description clinique complète ; il insiste sur la constance et l'uniformité des troubles psychiques, neurologiques et ophtalmologiques, au point de vue clinique autant qu'évolutif. Le syndrome mental consiste en une démence globale, lentement progressive, aboutissant à l'effondrement complet des facultés intellectuelles. Des troubles du langage : agitation verbale stéréotypée et incohérente, dysarthrie progressive, articulation précipitée, monotonie de la voix, impriment un cachet particulier. Les signes neurologiques sont surtout d'ordre extrapyramidal : hypertonie progressive avec rigidité, station accroupie, démarche à petits pas, démarche trépidante. Les crises épileptiformes sont très fréquentes et apparaissent d'assez bonne heure ; les lésions du fond de l'œil sont caractéristiques ; au début, aspect jaune gris de la papille et amincissement des vaisseaux ; plus tard, lésions dégénératives de la rétine ressemblant à celles de la rétinite pigmentaire ; à la phase terminale, la rétine présente un aspect jaune pâle avec amincissement extrême des vaisseaux.

L'évolution est décrite en 5 stades : début à l'âge de 5-8 ans ; 1^{er} stade : évolution vers la cécité presque complète en l'espace de 2 ans environ. 2^e stade caractérisé par l'affaiblissement mental, les crises épileptiformes et les troubles de la parole ; 3^e et 4^e stades, avec développement progressif des troubles moteurs ; 5^e stade : démence complète, marasme. La mort survient le plus souvent vers l'âge de 18 ans.

Au point de vue hérédobiologique, cette maladie revêt un type monohybride récessif. Elle diffère complètement, à ce point de vue, de l'idiotie amaurotique infantile. L'étude généalogique semble démontrer l'existence de véritables foyers dans différentes régions de la Suède. La partie hérédobiologique du travail est illustrée de nombreuses statistiques.

E. BAUER.

PSYCHOLOGIE

Essai d'étude convergente des problèmes du temps, par Ed. PICHON.
Journal de Psychologie, 1931, n^{os} 1-2, pp. 85-118.

L'auteur se propose, en étudiant l'intuition du temps sous différents points de vue, d'en figurer l'architecture générale. L'intuition psychologique lui apporte la notion bergsonnienne de la durée, « milieu continu où siège la liberté morale ». Le comportement de l'homme normal, celle d'un présent actuel, de l'acceptation d'un passé, dont l'évocation comporte divers degrés de profondeur, qui vont de la sécheresse à l'émotion et à l'angoisse. La physique, réduisant le temps, non aux rapports spatiaux, mais aux rapports « causaux », oppose à la durée (milieu de la liberté morale) « le milieu où siègent les enchaînements causaux ». L'histoire (il faut entendre l'histoire concrète, l'histoire « historisante »), serait une évocation « émouvante » du passé. Poussant avec subtilité l'analyse du vocabulaire et de la grammaire, l'auteur y découvre les processus subconscients qui soutendent la pensée humaine, ou plutôt celle d'une collectivité linguistique donnée. Les maladies mentales enfin, lésent de façons diverses la notion du temps, permettent une analyse des éléments qui la composent : tel malade refuse le passé, tel autre l'avenir ; les événements présents perdant leur résonance affective, cessent d'être présents ; le maniaque, tout au présent le plus étroit, manque de déploiement dans le temps ; le mélancolique a perdu le sentiment d'être enveloppé dans le devenir ; l'auteur rappelle enfin les faits de désorientation dans le temps. Au total, l'intuition du temps supposerait l'intégrité d'une fonction d'ordre affectif et moral, l'acceptation, et pourrait revêtir trois modalités : l'actualisation, « aspect temporel de notre conscience, de nous-mêmes », la présentification, « aspect temporel de la prise de conscience du monde extérieur », et l'utilification, « aspect temporel de notre activité pratique ».

Ce sont là trois spécifications qui correspondent aux aspects sous lesquels la psychologie classique envisage la conscience, sensibilité, intelligence et activité. Le psychologue, malgré des échappées dans la physique, l'histoire, la linguistique, est resté psychologue, et sa méthode est restée l'analyse psychologique. Ce qu'il retrouve partout, c'est le temps psychologique. N'est-ce pas d'ailleurs ce qu'il cherchait ? Cette réserve faite sur la convergence des méthodes et la convergence des résultats, c'est avec un vif intérêt qu'on suit la forte dialectique de M. Pichon, et son analyse aussi fructueuse que patiente.

D. LAGACHE.

Problèmes de psychologie expérimentale dans l'étude des exercices physiques, par A. GEMELLI. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 3-4, pp. 183-213.

L'auteur expose les résultats de ses recherches personnelles, qui ont porté sur l'influence du rythme sur les exercices physiques — la course du 100 mètres et le saut en longueur — la sélection des pilotes d'aviation — les rapports de l'habileté motrice et de l'intelligence — les rapports entre le succès dans les exercices physiques et la capacité d'inhibition aux stimuli émotifs — l'influence des exercices physiques sur l'activité mentale et le travail manuel. Toutes ces recherches, conduites avec beaucoup d'ingéniosité et de soin, montrent d'une façon péremptoire l'importance et la nature des facteurs psychologiques de la réussite dans les exercices physiques. On lira avec beaucoup d'intérêt les pages que A. Gemelli consacre à la formation des habitudes motrices ; le résultat de l'exercice « est la structuration et l'organisation des mouvements pour former un tout, c'est-à-dire une forme (Gestalt) ». L'analyse de A. Gemelli, fondée non seulement sur la psychologie de la forme, mais sur les perspectives qu'ouvre au psychologue la neurologie moderne, paraît tout à fait juste et pénétrante, bien qu'il ne dégage peut-être pas suffisamment un point capital à notre avis, ce qu'on pourrait appeler le changement d'orientation de la conscience au cours de la formation de l'habitude motrice, le passage d'une activité initialement extéroceptive à une activité proprioceptive.

D. LAGACHE.

A propos de l'audition colorée, par G. MARINESCO. *La Presse Médicale*, 20 mai 1931.

Deux études récentes ont rappelé l'attention sur cette intéressante question. L'une de van der Elst qui montre qu'il ne s'agit pas là d'un phénomène physique, car il y a une différence fondamentale entre les vibrations sonores, élastiques, et les vibrations lumineuses, électromagnétiques. L'autre d'Achille Delmas qui décrit l'audition colorée chez les hyperémotifs et montre que ces sujets présentent parfois ce curieux phénomène au cours d'états affectifs intenses où s'associent les perceptions.

Marinesco fait état des arguments d'origine différente fournis par les 2 précédents auteurs et se demande si l'audition colorée doit être considérée comme un phénomène pathologique. Son expérience et les recherches bibliographiques l'amènent à cette conclusion que l'association du son et de la couleur suppose une modification dans le dynamisme de l'activité cérébrale. Il faut la considérer comme l'exagération d'un phénomène normal, comme « une association privilégiée », si on veut, suivant l'expression employée par Chaparède qui s'est beaucoup occupé de la question. Les recherches de Marinesco tendent à prouver qu'il s'agit là de modifications de chronaxie et qu'on peut les provoquer artificiellement par l'intoxication mescalinique.

P. CARRETTE.

Nouvelles données sur la dissociation des douleurs cutanées, par Henri PIERON. *Journal de Psychologie*, 1931, nos 3-4, pp. 279-282.

Contrairement à une opinion admise par lui antérieurement, H. Piéron ne pense pas que les fibres amyéliniques rencontrées dans les branches cutanées des nerfs spinaux puissent être considérées comme la voie conductrice des impressions douloureuses de brûlure, et en général des impres-

sions de douleur. Il se fonde sur des expériences permettant de définir approximativement la vitesse de l'influx nerveux pour les brûlures, le pincement, la piqûre et le tact : celles-ci seraient respectivement et par seconde 4 m. 50, 12 mètres, 16 mètres et 40 mètres. La brûlure se situerait entre les douleurs les plus intellectualisées et les douleurs les plus organiques ; ses conducteurs spécifiques, par leur diamètre et leur enveloppe, par la vitesse de l'influx qui les parcourt, vitesse elle-même en corrélation avec le diamètre de l'enveloppe des conducteurs, seraient intermédiaires entre les types extrêmes de fibres servant de support à des influx algiques.

D. LAGACHE.

L'influence du système nerveux autonome sur la sensibilité de la peau, par J.-L. DUSSEY DE BARENNE. *Journal de Psychologie*.

Après transection totale de la moelle épinière, quelques malades accusent encore une sensibilité indéfinie, de caractère pénible, qui, d'après Braeckel et Forster, parviendrait au segment proximal de la moelle le long du système nerveux autonome.

Les diverses sympathectomies chirurgicales ou expérimentales entraînaient une augmentation de l'excitabilité des mécanismes cutanés.

Dussey de Barenne a pratiqué la sympathectomie abdominale chez un grand nombre de chats. Chez la plupart, l'opération est suivie d'une augmentation de l'excitabilité de la sensibilité cutanée des territoires intéressés. Cette hyperexcitabilité serait sans rapport avec les troubles thermiques et circulatoires observés, car on la voit survivre à ces troubles ; elle diminue cependant avec ceux-ci, mais dans une proportion bien plus faible dans le cas que cite D. de B.

Il semble donc qu'il y ait une relation entre le système nerveux autonome et la sensibilité de la peau.

Cette question reste assez obscure, non seulement à cause des problèmes psychologiques et anatomiques qu'elle pose, mais parce que les faits même que cite l'auteur semblent pouvoir se produire sans qu'il y ait transection de la moelle du sympathectomié. Corrélativement, l'auteur semble pencher à la première page de son article pour une action conductrice, aux suivantes pour une action modératrice du système nerveux autonome sur la sensibilité de la peau.

D. LAGACHE.

L'examen de la sensibilité auditive chez les enfants arriérés, par M. le Dr STEPOWSKA. *Hygiène mentale*, avril 1931, p. 98.

L'examen de la sensibilité auditive permet de déterminer non seulement l'acuité de l'ouïe, mais l'attention et la mémoire auditive, elle permet d'apprécier aussi l'excitabilité auditive, c'est-à-dire la vitesse de réaction.

Les auteurs constatent que, chez les arriérés, la mémoire, l'attention et l'excitabilité auditives sont diminuées. Ils proposent d'appeler ce syndrome : « syndrome de débilité auditive ».

Parmi les arriérés, les Mongoliens présentent des particularités intéressantes, leur sensibilité auditive par la parole est très faible. Cela semble dû aux troubles de la parole qu'ils présentent car, chez eux, la sensibilité auditive pour les bruits et les sons musicaux est presque normale.

Cette aptitude auditive permet de comprendre les dispositions fréquentes des Mongoliens pour la musique.

Pour l'éducation des Mongoliens, c'est le développement de cette aptitude qui semble permettre d'espérer de bons résultats.

Roger ANGLADE

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des hypotensions du liquide céphalo-rachidien : recherches expérimentales (3 figures), par M. LOEPER, J. PATEL et A. LEMAIRE. *La Presse Médicale*, 15 avril 1931.

L'hypotension est obtenue chez le chien par ponction sous-occipitale. Pour la compenser, les auteurs ont envisagé 3 procédés :

1. Agir sur la sécrétion des plexus choroïdes. Ni les extraits glycinés, ni l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, ni l'allyl-théobromine n'ont donné de résultats satisfaisants.

2. Augmenter le volume du cerveau par des injections dans le sang d'eau distillée. Il faut faire une injection rapide et massive. Pratiquement, on sait que l'eau distillée désagrège les globules rouges.

3. Relever la pression veineuse encéphalique. On utilise l'adrénaline, dont l'action est transitoire, et l'acéthycholine, qui, après une chute de tension, donne une ascension durable. Ce dernier produit, nocif chez les traumatisés du crâne, pourrait être d'un secours réel dans les incidents qui suivent la ponction lombaire.

P. CARRETTE.

La thérapeutique moderne de l'Hypertension crânienne et ses indications, par Molin de TEYSSIEU. *Le Progrès Médical*, 21 février 1931.

Revue des procédés actuels : ingestion de solutions hypertoniques, injections intraveineuses de solutions concentrées, radiothérapie pénétrante, ponction lombaire, ponction ventriculaire et drainage continu, ponction du lac callosus, drainage sous-duromérien, craniectomie décompressive. Seuls, le premier procédé (drainage médical par osmose provoquée) et le dernier paraissent être des armes efficaces et sans danger.

P. C.

Les accidents post-opératoires en chirurgie cérébrale. Leur traitement, par Th. DE MARTEL. *La Presse Médicale*, 25 octobre 1930.

Les tumeurs cérébrales et cérébelleuses mènent tôt ou tard à un accident redoutable : le syndrome d'hypertension ventriculaire dû à un obstacle à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien vers le lac cérébelleux inférieur. Les parties de l'encéphale, voisines du trou occipital, comprimées par le haut, tendent à se bloquer dans la seule ouverture offerte. Les accidents d'hypertension provoquent une fièvre intense et le coma. Le traitement comprendra d'abord le refroidissement (enveloppements, irrigations intestinales), ensuite l'évacuation du liquide céphalo-rachidien, soit par ponction, soit par osmose grâce aux injections intraveineuses de sulfate de magnésie en solution hypertonique (15 0/0). L'engagement du cervelet est justiciable de la position de Trendelenburg ; il se reconnaît aux modifications de la voix et de la respiration. M. de Martel affirme qu'en chirurgie cérébrale, les soins post-opératoires sont souvent plus importants que l'intervention et exigent de ce fait la collaboration d'un personnel spécialement éduqué.

P. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 décembre 1931*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-Psychologique auront lieu le *lundi 28 décembre 1931*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER 1932 de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 janvier 1932*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 25 janvier 1932*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nominations.

M. le Docteur FAIL est nommé médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Privas (Ardèche).

M. le Docteur PLAGNIEUX est nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle).

M. le Docteur VIÉ est nommé médecin-directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier), à *titre provisoire*, pendant la durée du congé de M. le Docteur AMELINE.

Postes vacants.

Est déclaré vacant :

un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle).

XI^e CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

Le XI^e Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie, organisé par les Sociétés de Neurologie et de Médecine mentale de Belgique, aura lieu à Gand et à Melle à la fin du mois de septembre 1932.

RAPPORTS

I. PSYCHIATRIE :

Les Etats anxieux et stuporaux (troubles des échanges et du métabolisme), par le D^r Ch. MASSAUT (de Liège).

II. NEUROLOGIE :

Les Encéphalites non suppurées chez l'enfant, par les D^{rs} MEUNIER et FONTEYNE (de Bruxelles), pour l'exposé clinique, et par les D^{rs} L. VAN BOGAERT et R. LEY (de Bruxelles), pour l'anatomie pathologique.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Conférence internationale de prophylaxie mentale.

Une conférence internationale de prophylaxie mentale s'est tenue en septembre dernier, à l'Hôpital Henri-Rousselle, sous la présidence de M. Justin GODART, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, assisté du Docteur TOULOUSE, président, et du Docteur GÉNIL-PERRIN, secrétaire de la Ligue nationale d'hygiène mentale. Au cours de cette conférence, le Docteur TOULOUSE a fait adopter une série de vœux.

La conférence demande notamment que l'hygiène et la prophylaxie mentales soient étudiées par tous les organismes psychiatriques et d'hygiène mentale dans leurs bases scientifiques, à l'aide des méthodes objectives et surtout biologiques.


La prophylaxie mentale doit être organisée intensivement, à l'exemple de la lutte contre les fléaux sociaux : tuberculose, syphilis, cancer ; viser toutes les formes de psychopathies et notamment la psychopathie infantile, comprendre la prophylaxie du crime, et s'exercer dans le domaine sexologique en vue de diminuer le nombre des individus tarés neuro-biologiquement.

L'hôpital psychiatrique ouvert sera l'organisme essentiel de l'assistance psychiatrique. L'asile d'aliénés sera transformé en hôpital psychiatrique ouvert, comprenant une section fermée. Les régimes concernant l'internement, le maintien et la sortie des aliénés seront autant que possible unifiés dans les divers pays, le médecin exerçant le rôle prédominant et la mesure de l'internement étant réservée aux seuls malades dangereux.

Enfin, toutes les formations d'hygiène mentale devront être fusionnées dans des unions nationales, groupées en une Fédération internationale, et les gouvernements sollicités de poursuivre la création d'un organisme de prophylaxie mentale à la Société des Nations.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ILLUSION DES SOSIES

Une nouvelle observation du Syndrome de Capgras

PAR

E. LARRIVÉ

et

H.-J. JASIENSKI

Médecin des Asiles
Chef de Clinique

Interne des Asiles
et de la Clinique psychiatrique

de la Faculté de Médecine de Lyon

En janvier 1923, à la Société Clinique de Médecine Mentale, MM. Capgras et J. Reboul-Lachaux présentaient une malade atteinte de délire systématisé chronique, chez laquelle ils isolaient un syndrome nouveau, dit de « l'illusion des sosies ». Depuis cette présentation qui attira l'attention sur cette variété très spéciale des troubles de la reconnaissance, d'autres observations ont été produites. Citons celles d'Halberstadt, de Capgras et Carrette, de Dupouy et Montassut, de Capgras, Lucchini et Schiff, Bouvier, en 1926, a consacré sa thèse au syndrome de l'illusion des sosies ; il y publiait, avec deux des observations déjà citées, cinq observations nouvelles provenant du service de Desruelles. En 1929, Lévy-Valensi faisait une leçon sur ce sujet d'actualité à la Clinique du Professeur Claude (leçon publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 19 juillet 1929). En 1930, enfin, Jacques Vié fit paraître dans les *Annales Médico-Psychologiques*

de mars, une étude d'ensemble, intitulée : « Un trouble de l'identification des personnes : l'Illusion des sosies. » Tels sont les principaux travaux concernant un syndrome ayant seulement 8 années d'existence. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, à la Clinique neuropsychiatrique de la Faculté de Lyon, une malade dont l'histoire nous a paru intéressante à relater, vu le nombre relativement restreint d'observations publiées jusqu'à ce jour.

Etant donnée son appellation, on pourrait croire que l'Illusion des sosies réside dans le fait de chercher entre deux ou plusieurs personnes des ressemblances arbitraires, et de les déclarer « sosies » les unes des autres. Il n'en est rien. Cette illusion, telle qu'elle a été décrite, telle qu'on la trouve dans les observations citées plus haut, telle qu'elle se montre chez notre malade, est caractérisée par le refus d'admettre, en présence de personnes connues, leur véritable personnalité, et par la propension à expliquer par l'existence de sosies les modifications tant physiques que morales, que la malade croit discerner dans la physionomie extérieure et intérieure de ces personnes. Loin de dépister des ressemblances entre plusieurs êtres, le malade s'applique donc à rechercher chez le même sujet des changements qui lui permettraient de le méconnaître tout en le reconnaissant, d'affirmer qu'il a affaire, non à la personne connue, mais à son sosie.

Jacques Vié a étendu cette définition première. Il a distingué des sosies négatifs (négation d'identité), répondant à notre description, et des sosies positifs, pour lesquels il y a affirmation de ressemblances imaginaires, telle cette malade qui prétendait reconnaître son mari dans la personne de plusieurs individus très différents, et se donnait à eux sans hésitation. Mais, la plupart du temps, le mot de sosie ne s'applique que très imparfaitement à ces sosies positifs. Le malade ne croit pas à une extraordinaire similitude extérieure ; ou bien, comme dans le cas de cette femme, il n'invoque qu'une vague ressemblance fonctionnelle, ou bien ils ont recours à certaines affinités mystérieuses, à des principes de participation magique, qui, caractéristiques de la mentalité primitive, ne sauraient être compris par une conscience normale. En réalité, ces deux catégories de sosies ne peuvent être comparées. Il est possible que les malades se servent pour désigner des analogies incommunicables, du mot de sosie ; mais alors ce mot n'a plus sa signification habituelle : il ne s'agit plus « d'un individu qui ressemble si parfaitement à un autre qu'on peut s'y tromper ». Au contraire, le terme de sosie ne peut être plus judicieusement employé que par nos pre-

miers malades. La ressemblance est ici parfaite, puisqu'il s'agit des apparitions successives d'un même être. De plus, alors que les sosies positifs traduisent un degré avancé de dissociation mentale, les sosies négatifs se rencontrent à une période de la maladie où l'affaiblissement intellectuel est encore peu marqué. Le syndrome traduit une réaction psychologique envers les modifications affectives qui accompagnent la psychose, une correction apportée par la malade aux sensations bizarres et au sentiment d'étrangeté qui l'envahissent.

Les explications psychogénétiques données par les auteurs sont assez différentes. Dans le cas de Capgras et Carrette, ceux-ci invoquent une explication psychanalytique (répression intermittente d'un complexe d'Œdipe). Dans l'observation de Capgras, Lucchini et Schiff, le délire serait une tentative extrême faite par la malade pour lutter contre cette grave menace de dépersonnalisation que constitue le sentiment d'étrangeté. Dans l'observation princeps de Capgras et Reboul-Lachaux, les auteurs invoquent : « Un état affectif d'abord, une habitude, une tournure d'esprit ensuite. » On a pensé aussi à un « retour à la mentalité prélogique ». D'autres fois, il ne s'agit que de simples hypothèses explicatives. En fait, l'illusion des sosies apparaît secondairement, au cours de l'évolution d'une psychose. C'est une réaction de défense s'opposant aux divers troubles qui menacent tel ou tel élément de la synthèse mentale. C'est une réaction déjà délirante, mais entre tous les thèmes délirants qui s'offraient à la malade, c'est le moins déraisonnable qu'elle pouvait choisir, celui qui accorde le plus aisément, avec le minimum de concessions faites à la maladie, les sensations pathologiques et les lois d'un jugement resté malgré tout logique.

En quoi consistent ces sensations pathologiques ? L'illusion des sosies n'a à sa base aucun trouble de la perceptivité, aucun trouble de la mémoire. Dans toute reconnaissance, interviennent deux éléments : l'appréhension sensorielle de la réalité immédiate, l'évocation d'une image mnésique. Entre ces deux données, il y a confrontation, d'où naît le sentiment de familiarité qui, dans la reconnaissance, accompagne l'image sensorielle. Chez nos malades, l'image sensorielle appelle bien l'image mnésique, mais celle-ci, bien que précise, ne se présente sans doute pas avec ses caractères accoutumés. Le plus souvent, le « coefficient affectif » en est anormal. Le malade se voit contraint à la reconnaissance, mais ne s'y prête pas de bon gré ; il résiste. L'invention d'un sosie lui permet de connaître et de méconnaître à la fois. Parmi les troubles de la reconnaissance, on placerait donc volontiers, l'illu-

sion des sosies avant la fausse reconnaissance et la non reconnaissance. Conclusion d'un jugement affectif, sans aucune erreur sensorielle, cette illusion n'en est pas une au sens où l'entendait Esquirol. Le malade saisit la ressemblance et méconnaît l'identité. C'est une illusion intellectuelle, une « agnosie d'identification », ainsi que l'a qualifiée Capgras.

Bouvier, bien qu'il n'ait rencontré l'illusion des sosies qu'au cours d'un nombre restreint d'affections mentales, croit qu'on peut la trouver au cours de tous les états délirants. Jacques Vié pense de même : « L'illusion des sosies se retrouve au cours de tous les états où la synthèse personnelle ou l'auto-conduction sont profondément atteintes sous l'influence de troubles cénesthésiques marqués et de fortes conceptions délirantes, c'est-à-dire qu'on la rencontre aussi dans les états confusionnels et mélancoliques, dans les formes hypochondriaques de la paralysie générale et même, à titre d'épisodes plus ou moins fugaces, au cours d'états d'excitation maniaque. » En réalité, si l'on distingue le syndrome « Illusion des sosies » des vagues troubles de la reconnaissance et qu'on passe en revue les observations publiées, on est frappé de voir qu'il s'agit presque toujours de délires chroniques paranoïdes, accompagnés le plus souvent de phénomènes d'automatisme mental. On note aussi que toutes les observations concernent des femmes.

L'observation que nous allons relater, n'infirmes pas ces constatations. Il s'agit encore d'une femme atteinte de psychose hallucinatoire chronique.

Rose B..., née à Philippeville, artiste lyrique, est âgée de 53 ans.

Son père est un alcoolique qui a succombé à une crise de délirium. Sa mère est morte en couches. Elle a deux sœurs dont l'une Fortunée, a fait du rachitisme infantile, dont l'autre, Carmen, a présenté une suppuration, suite d'une adénite cervicale.

Deux frères en bonne santé.

Elle-même, à part les maladies de l'enfance, jouissait d'une bonne santé. Mais dès sa jeunesse, on observait qu'elle était exagérément peureuse ; très affectueuse avec les siens, elle était cependant orgueilleuse et souffrait de sa condition sociale. Elle va peu à l'école et encore fait l'école buissonnière. Puis elle se place comme domestique pendant deux ans, après quoi, elle se lance au théâtre, débute au music-hall, et se produit dans les cafés-concerts algériens. En 1900, elle vient en France, fait des tournées, chante à Avignon, Sète, Narbonne, Nantes. Elle acquiert ainsi une certaine notoriété, et, en 1906, nous la retrouvons vedette dans les établissements de M. Rasimi qui la paye 30 francs par jour. Jusqu'en 1913, elle mène une vie assez

active et luxueuse. Elle a fait la connaissance d'un protecteur sérieux, et quand elle ne chante pas, elle vit à Monte-Carlo où elle perd tout l'argent qu'elle peut gagner par ailleurs. Cependant, pas égoïste, elle vient en aide aux siens, cherche à se perfectionner et à compléter son instruction rudimentaire. Elle apprend l'orthographe.

En 1913, fièvre typhoïde à Nice qui paraît avoir été sérieuse. A cette époque datent les premiers troubles mentaux. Ce sont des préoccupations hypocondriaques et des idées délirantes, alimentées par des interprétations. Sous l'influence d'une cénesthésie pénible et anormale, sous l'influence de symptômes d'entérite chronique réellement perçus, la malade se croit empoisonnée, elle soupçonne sa femme de chambre, se méfie des fleurs que celle-ci dispose dans l'appartement et de la lingerie qu'elle lui prépare. En même temps son caractère enjoué et insouciant fait place à un naturel jaloux et emporté. Elle accuse son ami de la tromper avec la concierge. Elle cesse de chanter et vit à Monte-Carlo, entretenue entièrement par M. C... qui l'aime et supporte ses idées délirantes qu'il prend pour des fantaisies.

La guerre est l'occasion pour elle d'une grande exaltation patriotique, puis elle se croit la victime des Allemands, ceux-ci lui envoient des gaz. On cherche toujours à l'empoisonner. Parfois elle a la tête lourde et ses jambes enflent.

En 1917, elle se sépare définitivement de son amant. En 1920, elle connaît la misère et recherche du travail. Mais les engagements qu'on lui propose sont bien pauvres à côté de ceux qu'elle a connus. Elle est humiliée que le Directeur lui demande une audition à Elle qui a connu la célébrité. Et partout elle a l'impression qu'intervient une influence inconnue qui cherche à lui nuire. Elle finit par être engagée au Théâtre de l'Abri à 10 francs par jour. Mais sa mémoire jusque là si bonne la trahit parfois. Elle a des trous en scène. En même temps, les hallucinations cénesthésiques se précisent, ce sont des courants électriques qu'on lui envoie ; à plusieurs reprises, elle sent comme des coups violents sur la tête ; elle croit exhaler une odeur repoussante et cependant elle n'édifie pas un délire systématisé de persécution. Certes, elle est persécutée, mais, par qui, dans quel but, elle ne le sait pas. Elle perd peu à peu la notion du réel, vit dans une sorte de rêve qu'elle imagine pour sa satisfaction. Les artistes qui l'entourent sont des jeunes filles très distinguées, et on l'a placée parmi elles, pour montrer qu'une femme, qui a de la tenue et de bonnes mœurs, sait se tenir partout et n'est nulle part déplacée. Elle prend pour amant un Italien et vit 7 ans avec celui-ci. C'est un pauvre dessinateur qui habite un taudis, mais elle sait bien qu'il est riche ; il a un trousseau de clefs, donc il doit avoir un grand appartement qu'il lui cache, et puis il sait lui donner le bras comme un homme du monde.

Bientôt la désagrégation psychique se poursuivant, en 1926, la

malade en vient à présenter le syndrome de l'illusion des sosies. Son amant a un sosie, et, bien que ces deux hommes se ressemblent beaucoup, elle trouve moyen de les différencier. L'un a une cicatrice plus marquée que l'autre sur le front, il a les pieds et les mains petits comme un aristocrate ; l'autre les a énormes, en battoir. Elle prend des mesures pour être sûre de ne pas se tromper. L'un a le sexe d'un enfant, l'autre fait preuve d'une belle virilité. La malade fait des reproches à son ami, elle est indignée d'appartenir ainsi à deux hommes. Celui-ci en rit et essaye en vain de la détromper. A la fin, elle prend le parti de se séparer de cet homme qui la bafoue ; elle a du reste une autre raison pour s'en retourner à Lyon. Elle est inquiète pour ses sœurs. Elle sait que celles-ci ont disparu, et qu'on leur a substitué des sosies. Elle s'en est aperçue à son dernier voyage : Fortunée avait des tibias incurvés (elle fut rachitique), et celle qui se fait passer pour elle les a droits. Carmen avait une cicatrice en cul-de-poule (suite d'une suppuration ganglionnaire), et la cicatrice de l'autre est plane, non déprimée. Et puis les tailles ne correspondent pas. Son beau-frère a également un sosie qui a une asymétrie fessière que lui ne présente pas. Elle vient donc à Lyon pour rechercher ses sœurs. Elle est reçue par les sosies d'une façon affable et affectueuse. Ces sosies sont de bonnes personnes. Mais il faut retrouver Carmen et Fortunée. Elle s'adresse au Commissariat à plusieurs reprises, sans aucun résultat. Bientôt, elle apprend qu'elle aussi a un sosie. Etant dans le funiculaire, elle entend 2 hommes qui disent en la regardant : « Elle est doublée. » Elle interprète immédiatement cette phrase. D'ailleurs partout dans la rue, on la regarde, on fait la haie sur son passage ; il faut donc que son sosie soit une grande dame, peut-être une princesse italienne.

Enfin, à Lyon les hallucinations s'intensifient. Elle sent des odeurs bizarres. Mais c'est surtout l'électricité qu'on lui lance derrière la tête, qui la poursuit actuellement, et qui la fait tituber. Elle entend à tout instant des voix qui l'insultent. Elle entend surtout ces mots : « A la malheureuse ! — Chien tu l'as eue ! tas de brute ! Sciez-les ! Tondez-les ! Taillez-les ! Parfois on lui prend sa pensée : elle l'entend comme un écho avant qu'elle ait parlé. Elle convient qu'elle devient grossière et elle insulte à son tour ses persécuteurs. Il devient difficile de veiller sur la malade. Ce sont des discussions sans fin avec sa famille, des cris par la fenêtre, des menaces en réponse à ses hallucinations. Il lui arrive même de lever la main sur ses sœurs ou de saisir une bouteille comme pour se défendre. L'internement s'impose.

A l'examen la malade est une femme bien conservée, qui s'exprime en termes choisis, avec une grande aisance et une certaine volubilité. Elle nous demande de l'examiner pour bien nous rendre compte qu'elle n'est pas folle. Elle ne met l'accent que sur l'existence des sosies. Toutes les autres idées délirantes autrefois présentées sont passées à l'arrière plan. Et la malade énumère tout au long les

raisons et les preuves qui lui font croire aux sosies. Souriante, enjouée, elle évoque avec une grande facilité et une grande précision ses souvenirs. Elle est intarissable. Elle sait les moindres dates, rappelle les plus légers détails. Toutes ses idées sont bien coordonnées, se suivent logiquement.

Il est impossible de parler d'affaiblissement intellectuel, en présence de cette mémoire excellente, supérieure même à la normale comme le prouvent les textes employés. L'affectivité est conservée ; les larmes lui viennent aux yeux quand elle parle de ses pauvres sœurs disparues, elle se montre reconnaissante aux sosies des bons procédés qu'ils ont eus envers Elle. Pour elle-même cependant, elle semble plus indifférente ; ce sourire constamment amusé, cette insouciance, sont un peu étonnants étant donné sa situation. L'attention joue normalement. Le jugement est paralogique.

La malade s'occupe dans le service et se tient remarquablement bien. Elle est de mise décente et aussi soignée qu'elle le peut. Elle demande sa sortie.

L'examen somatique est entièrement négatif. On ne trouve ni signes de spécificité nerveuse, ni signes d'intoxication alcoolique, ni signes d'insuffisance glandulaire. Les pupilles réagissent à la lumière. Les reflexes sont normaux aux quatre membres. En résumé, la malade jouit d'une excellente santé physique.

On porte le diagnostic de Psychose hallucinatoire chronique, avec excitation intellectuelle, et délire de persécution mal systématisé, s'accompagnant du syndrome de l'Illusion des sosies. Il n'y a aucun degré d'affaiblissement intellectuel.

ÉCRITS « INSPIRÉS » : SCHIZOGRAPHIE

PAR

J. LÉVY-VALENSI, PIERRE MIGAULT et JACQUES LACAN (1)

Sous le titre de schizophasie, certains auteurs (2) ont mis en relief la haute valeur qui s'attache à certaines formes plus ou moins incohérentes du langage, non seulement comme symptômes de certains troubles profonds de la pensée, mais encore comme révélateurs de leur stade évolutif et de leur mécanisme intime. Dans certains cas, ces troubles ne se manifestent que dans le langage écrit. Nous tenterons seulement de montrer quelle matière ces écrits offrent à une étude précise des mécanismes psycho-pathologiques. Ceci à propos d'un cas qui nous a semblé original.

Il s'agit d'une malade, Marcelle C., âgée de 34 ans, institutrice primaire, internée depuis un an à la Clinique psychiatrique. Un an et demi auparavant elle avait été internée une première fois mais était aussitôt ressortie sur la demande de son père, petit artisan.

Mlle C. donne au premier abord l'impression d'une personne qui jouit de l'intégrité de ses facultés mentales. Pas d'étrangeté dans sa tenue. On ne remarque à aucun moment de sa vie dans le service de comportement anormal. Des protestations très vives à l'égard de son internement semblent d'abord obvier à tout contact. Il s'établit néanmoins.

Ses propos sont alors vifs, orientés, adaptés, enjoués parfois. De l'intégrité de ses fonctions intellectuelles, qui apparaît totale dans une conversation suivie, nous avons poussé l'exploration objective par la méthode des tests. Les tests ordinaires, portant sur l'attention, la logique, la mémoire, s'étant montrés très au-dessous de ses capacités,

(1) L'observation qui sert de base à ce travail a été présentée à la Soc. Médico-psychologique, séance du 12 novembre 1931, sous le titre de : Troubles du langage écrit chez une paranoïaque présentant des éléments délirants du type paranoïde (schizographie).

(2) PFERSDORFF. — La schizophasie, les catégories du langage. Travaux de la clinique psych. de Strasbourg, 1927, Guilhem Teulié. La schizophasie, *Ann. Médic.-psych.*, février-mars 1931.

nous avons usé d'épreuves plus subtiles, plus proches des éléments sur lesquels porte notre appréciation quotidienne des esprits. Ce sont les « Tests d'intention » : sens apparent et réel d'un propos, d'une épigramme, d'un texte, etc... Elle s'y est toujours montrée suffisante, rapide et même aisée.

Notons que, si loin qu'on aille dans sa confiance, le contact affectif avec elle reste incomplet. A chaque instant s'affirme une foncière résistance. La malade professe d'ailleurs à tout propos : « Je ne veux être soumise à personne. Je n'ai jamais voulu admettre la domination d'un homme », etc...

Quand nous en sommes à faire cette remarque, la malade à pleinement extériorisé son délire. Il comporte des thèmes nombreux dont certains typiques :

Un thème de revendication, fondé sur une série d'échecs prétendus injustifiés à un examen, s'est manifesté par une série de démarches poursuivies avec une sthénie passionnelle, par la provocation de scandales qui ont amené l'internement de la malade. Pour le dommage de cet internement, elle réclame « vingt millions d'indemnité, dont douze pour privation de satisfactions intellectuelles et huit pour privation de satisfactions sexuelles ».

Un thème de haine se concentre contre une personne, Mlle G., qu'elle accuse de lui avoir volé la place qui lui revenait à cet examen et de s'être substituée à elle dans la fonction qu'elle devrait occuper. Ces sentiments agressifs s'étendent à plusieurs hommes qu'elle a connus dans une période récente et pour lesquels elle semble avoir eu des sentiments assez ambivalets, — sans leur céder jamais, affirme-t-elle.

Un thème érotomane à l'égard d'un de ses supérieurs dans l'enseignement, l'inspecteur R., — atypique en ceci qu'il est rétrospectif, l'objet du délire étant défunt et la passion morbide ne s'étant révélée d'aucune façon de son vivant.

Un thème « idéaliste » s'extériorise non moins volontiers. Elle a « le sens de l'évolution de l'humanité ». Elle a une mission. Elle est une nouvelle Jeanne d'Arc, mais « plus instruite et d'un niveau de civilisation supérieure ». Elle est faite pour guider les gouvernements et régénérer les mœurs. Son affaire est « un centre lié à de hautes choses internationales et militaires ».

Sur quels fondements repose ce délire polymorphe ? La question, on va le voir, reste problématique et peut-être les écrits nous aideront-ils à la résoudre.

Lors de ses deux internements la malade a été examinée à l'Infirmerie spéciale. Les certificats du D^r Logre et du D^r de Clérambault mettent en valeur le caractère paranoïaque « soit ancien, soit néoformé », admettent l'existence d'un automatisme mental.

Si le caractère paranoïaque s'est anciennement manifesté chez la malade, il est difficile de le préciser tant par l'interrogatoire, à cause des interprétations rétrospectives, que par l'enquête, car nous n'avons eu de la famille que des renseignements épistolaires.

Néanmoins, la simple étude du *cursus vitæ* de la malade semble faire apparaître une volonté de se distinguer de son milieu familial, un isolement volontaire de son milieu professionnel, une fausseté du jugement, qui se traduisent dans les faits. Ses études sont bonnes et il n'y a rien à relever jusqu'à sa sortie de l'Ecole normale primaire à 21 ans. Mais en possession d'un poste en 1917, elle prétend régler son service à sa façon, déjà revendique et même interprète. Après quelques années, elle se met en tête d'accéder au professorat d'une école de commerce, réclame à cet effet un changement de poste puis un congé et, en 1924, abandonne purement et simplement son poste, pour venir préparer son examen à Paris. Là, elle gagne sa vie comme employée comptable, mais se croit persécutée dans toutes ses places et en change douze fois en 4 ans. Le comportement sexuel auquel nous avons fait allusion, le caractère très foncier des rébellions exprimées par la malade viennent s'ajouter à l'impression qui se dégage de l'ensemble de son histoire pour faire admettre une anomalie évolutive ancienne de la personnalité, de type paranoïaque.

Pour faire le bilan des phénomènes élémentaires « imposés » ou dits d'action extérieure, il nous a fallu beaucoup de patience. Ce n'est point en effet seulement la réticence ou la confiance de la malade qui interviennent dans leur dissimulation ou leur divulgation. C'est le fait que leur intensité varie, qu'ils évoluent par poussées et qu'avec ces phénomènes apparaît un état de sthénie à forme expansive, qui d'une part leur donne certainement leur résonnance convaincante pour le sujet, d'autre part en rend impossible, même pour des motifs de défense, l'occultation.

La malade a présenté durant son séjour dans le service une de ces poussées, à partir de laquelle ses aveux sont restés acquis : elle nous a dès lors éclairé sur les phénomènes moins intenses et moins fréquents qu'elle ressent dans les intervalles et sur les épisodes évolutifs passés.

Les phénomènes « d'action extérieure » se réduisent aux plus subtils qui soient donnés dans la conscience morbide. Quel que soit le moment de son évolution, notre sujet a toujours nié énergiquement d'avoir jamais eu « des voix » ; elle nie de même toute « prise », tout écho de la pensée, des actes ou de la lecture. Questionnée selon les formes détournées que l'expérience de ces malades nous apprend à employer, elle dit ne rien savoir de ces « sciences barbouilleuses où les médecins ont essayé de l'entraîner ».

Tout au plus s'agit-il d'hyperendophasie épisodique, de mentisme nocturne, d'hallucinations psychiques. Une fois la malade entend des noms de fleurs en même temps qu'elle sent leurs odeurs. La malade, une autre fois dans une sorte de vision intérieure, se voit et se sent à la fois, accouplée dans une posture bizarre avec l'inspecteur R.

L'éréthisme génital est certain. La malade pratique assidument la masturbation. Des rêveries l'accompagnent et certaines sont semi-oniriques. Il est difficile de faire la part de l'hallucination génitale.

Par contre, elle éprouve des sentiments d'influence intensément et fréquemment. Ce sont des « affinités psychiques », des « intuitions », des « révélations d'esprit », des sentiments de « direction ». « C'est d'une grande subtilité d'intelligence », dit-elle. De ces « inspirations », elle différencie les origines : c'est Foch, Clemenceau, c'est son grand-père, B. V., et surtout son ancien inspecteur M. R.

Enfin, il faut classer parmi ces données imposées du vécu pathologique, les interprétations. Dans certaines périodes, paroles et gestes dans la rue sont significatifs. Tout est mise en scène. Les détails les plus banaux prennent une valeur expressive qui concerne sa destinée. Ces interprétations sont actuellement actives mais diffuses : « J'ai cru comprendre qu'on a fait de mon cas une affaire parlementaire... mais c'est tellement voilé, tellement diffus. »

Ajoutons ici quelques notes sur l'état somatique de la malade. Elles sont surtout négatives. Il faut retenir : une grippe en 1918. Un caféinisme certain. Un régime alimentaire irrégulier. Un tremblement net et persistant des doigts. Une hypertrichose marquée des lèvres. Règles normales. Tous autres appareils normaux. Deux lipothymies très courtes dans le service sans autre signe organique qu'une hyperhémie papillaire qui a duré une huitaine de jours. Bacillose fréquente dans la lignée maternelle.

Venons-en aux écrits très abondants. Nous en publions un choix et le plus possible intégralement. Les chiffres qui s'y trouvent insérés serviront lors des commentaires qui vont suivre, à renvoyer aux textes.

I. — Paris le 30 avril 1931 :

Mon cher papa, plus de quatre mois que je suis enfermée dans cet asile de Sainte-Anne sans que j'aie pu faire l'effort nécessaire pour te l'écrire. Ce n'est pas que j'aie quoi que ce soit de névralgique ou de tuberculeux, mais on t'a fait commettre l'an dernier de telles sottises mettant, en malhonnête, à profit ta parfaite ignorance de ma réelle situation (1) que j'ai subi le joug de la défense (2) par le mutisme. J'ai appris toutefois que le médecin de mon cas, à force de lenteur t'a mis en garde contre la chose grotesque et je vois qu'il a, sans plus soif d'avatars (3), mis les choses en parfaite voie de mieux éclairci (4) et de plus de santé d'Etat (5).

Daigne (6) intercepter les sons de la loi pour me faire le plus (7) propre de la terre sinon le plus (7) érudit. Le sans soin de ma foi (8) fait passer Méphisto (9) le plus (7) cruel des hommes mais il faut être sans doux dans les mollets pour être le plus prompt à la transformation. Mais il est digne d'envie qui fait le jeu de la manne du cirque. On voit que etc.

II. — Paris ce 14 mai 1931 :

Monsieur le Président de la République P. Doumer en villégiaturant dans les pains d'épices et les troubadoux,

Monsieur le Président de la République envahie de zèle,

Je voudrais tout savoir pour vous faire le (15) mais souris donc de poltron et de canon d'essai (16) mais je suis beaucoup trop long à deviner (17). Des méchancetés que l'on fait aux autres il convient de deviner que mes cinq oies de Vals (18) sont de la pouilladuire et que vous êtes le melon de Sainte vierge et de pardon d'essai (19). Mais il faut tout réduire de la nomenclature d'Auvergne car sans se laver les mains dans de l'eau de roche on fait pissaduire au lit sec (20) et madelaine est sans tarder la putin de tous ces rasés de frais (21) pour être le mieux de ses oraies (22) dans la voix est douce et le teint frais. J'aurais voulu médire de la tougnate (23) sans faire le préjudice de vie plénière et de sans frais on fait de la police judiciaire (24). Mais il faut étonner le monde pour être le faquin maudit de barbenelle et de sans lit on fait de la tougnate (25).

Les barbes sales sont les fins érudits du royaume de l'emplâtre judice (26) mais il faut se taire pour érudir (27) la ggnose (28) et la faire couler sec dans si j'accuse je sais ce que j'ai fait (29)

(31) A londoyer (30) sans meurs on fait de la bécasse (31) mais la trace de l'orgueil est le plus haut Benoit que l'on puisse couler d'ici longs faits et sans façon. Le péril d'une nation perverse est de cumuler tout sur le dos de quelqu'un et faire de l'emplâtre le plus maigre arlequin alors qu'il est préjudice à qui l'on veut, bonté à coups redoublés à qui l'on ne voulait pas pour soi.

Mais je vous suis d'accord pour le mot de la gloire du Sénat. Cureur (32) était de sa « c'est ma femme qui l'a fait » (33) le plus érudit de tous mais le moins emprunté.

A vous racler la couane je fais de la mais l'as est bonne il nous la faut bondir (34) mais je suis de ce paillasson qui fait pruneau aux cent quoi j'ai fait de l'artichaut avec ce fin bigorneau. Mais il faut passer brenat te fait le plus plein de commères, de compère on fait le ventre pour le faire suler de toi.

A moi d'avoir raclé la couane te fait la plus seule mais s'il est un tourteau c'est pour bonheur ailleurs et pas dans ces oraies-là elles sont trop basses.

A vous éreinter je fais de l'âme est lasse à toujours vous servir (35) et voir grimper les échelons à qui ne peut les gravir en temps et en heure. Il faut pour cela être gentille amie de l'oracle du Désir (36) et si vous êtes le feu de vendredettes (37) je vous fais le sale four de rat, de rat pâmé (38) et de chiffon de caprice.

La tourte est le soin qu'on a pour l'adolescent quand il fait ses dents avec le jarret d'autrui (39). Son préjudice est celui qu'on n'éteint pas d'un coup d'ombrelle (40). Il faut le suivre à l'essai quand on l'a érudité (41) et si vous voulez le voir pâmer allez sans plus tarder avenue Champs-Élysées en si doré frisson (42) de la

patrouille des melons de courage mais de naufrage plein le jarret (44).

A vos souhaits maître ma pâme (45) à vos jarrets (46) et ma désinvolture à vos oraies plus hautes (47).

Bastille Marcelle (48) autrement dit Charlotte la Sainte, mais sans plus de marmelade je vous fais le plus haut fiston de la pondeuse et de ses troupeaux d'amis verts pour me ravir le fruit de sentinelle et pas pervers. Je suis le beau combions d'humour de sans pinelle et du Vantour, le peloton d'essai (49) et de la sale nuire pour se distinguer à tous rabais des autres qui veulent vous surpasser parce que meilleur à fuir qu'à rester.

Mes hommages volontaires à Monsieur Sa Majesté le Prince de l'Ironie française et si vous voulez en prendre un brin de cour faites le succès d'accord de Madelaine et de sans tort on fait de l'artisan pour vous démoder, portefaix. Ma liberté, j'en supplie votre honnête personne, vaudra mieux que le barème du duce le mieux appauvri par parapluie d'escouade.

Je vous honneurs, Monsieur Ventre vert (50). A vous mes saveurs de pétulance et de primeur pour vous honorer et vous plaire. Mercière du Bon Dieu pour vous arroser de honte ou vous hantir de succès solide et équilibré. Marais haute de poissons d'eaux douces. Bedouce.

III. — Paris, ce 4 juin 1931 :

Monsieur le Méricain (51) de la buse et du prétoire,

S'il est des noms bien mus pour marquer poésie le somme des emmitouflés (52) oh ! dites, n'est-ce pas celui de la Calvée (53). Si j'avais fait Pâques avant les Respans (54), c'est que mon Ecole est de vous asséner des coups de butor tant que vous n'aurez pas assuré le service tout entier. Mais si vous voulez faire le merle à fouine (55) et le tant l'aire est belle qu'il la faut majorer de faits c'est que, vous êtes as (56) de la fête et qu'il nous faut tous pleurer (56). Mais si vous voulez de ce lieu-ci sans i on fait de l'étrange affaire c'est que combat est mon souci et que, etc...

IV. — Paris, le 27 juillet 1931 :

Monsieur le Préfet de Musique de l'Amique (61) entraîné de style pour pérystyliser le compte Potatos et Margoulin réunis sans suite à l'Orgueil, Breteuil.

J'aime à voir conter le fait de l'Amérique en pleurs, mais il est si doux faits qu'on fait longue la vie des autres et suave la sienne au point, qu'il est bien cent fois plus rempli celui qui vit de l'âcre et du faussaire et fait sa digne existence de la longue épître qu'il a cent fois sonné dans son gousset sans pouvoir de ce « et » faire un beau « maîtrisez-moi (62) je suis cent fois plus lâche que pinbèche mais faites la fine école et vous êtes le soleil de l'Amérique en pleurs.

Mais à scinder le tard on fait de l'agrégée en toutes les matières et

si matelotte est fait de boursiers et de bronzes à tout luire, il faut de ce « et Con ? » (63) faire un « salut à toi, piment tu nous rends la vie suve et, sans foi, j'étais pendant aux buttes de St-Clément. »

Le sort « tu vois ma femme, ce qu'on fait de la sorce » te fait le plus grand peintre de l'univers entier, et, si tu es de ceux qui font : poète aux abois ne répond plus, mais hélas ! il est mûr dans l'amur de l'autre monde, tu feras, je crois Jésus dans l'autre monde encore, pourvu qu'on inonde le pauvre de l'habit du moine qui l'a fait (64).

Mon sort est de vous emmitoufler si vous êtes le benêt que je vois que vous fûtes, et, si ce coq à l'âne fut le poisson d'essai (65), c'est que j'ai cru, caduque que vous étiez mauvais (66).

Je suis le frère du mauvais rat qui t'enroue si tu fais le chemin de mère la fouine (67) et de sapin refait, mais, si tu es soleil et poète aux longs faits, je fais le Revu, de ce lieu-là j'en sortirai. J'avais mis ma casse dans ta bécasse. Lasse de la tempête, j'achète votre tombe Monsieur (67).

Marcelle Ch. aux abois ne répond pas aux poètes sans foi, mais est cent fois plus assassin que mille gredins.

Genin.

V. — Le 10 novembre, on demande à la malade d'écrire une courte lettre aux médecins en style normal. Elle le fait aussitôt en notre présence, et avec succès. On lui demande ensuite d'écrire un post-scriptum en suivant ses « inspirations ». Voici ce qu'elle nous donne :

Post-Scriptum inspiré.

Je voudrais vous savoir les plus inédits à la marmotte du singe (78) mais vous êtes atterrés parce que je vous hais au point que je vous voudrais tous sauvés (79). Foi d'Arme et de Marne pour vous encoquiner et vous faire pleurer le sort d'autres, le mien point (80).

Marne au diable.

Enfin cette lettre, véritable « art poétique », où la malade dépeint son style :

VI. — Paris, le 10-12-1931 :

« Ce style que j'adresse aux autorités de passage, est le style qu'il faut pour bien former la besace de Mouléra et de son grade d'officier à gratter. »

Il est ma défense d'Ordre et de Droit.

Il soutient le bien du Droit.

Il rigoureuse la tougne la plus sotte et il se dit conforme aux droits des peintres.

Il cancre la sougne aux oraies de la splendeur, pour la piloter, en menin, dans le tougne qui la traverse.

Il est Marne et ducat d' « et tort vous l'avez fait ? ».

Ce m'est inspiré par le grade d'Eux en l'Assemblée maudite Genève et Cie.

Je le fais rapide et biscornu.

Il est final, le plus sage, en ce qu'il met tougne où ça doit être.

Bien-être d'effet à gratter.

Marcel le Crabe.

Le graphisme est régulier du début à la fin de la lettre. Extrêmement lisible. D'un type dit primaire. Sans personnalité mais non sans prétention.

Fréquemment, la fin de la lettre remplit la marge. Aucune autre originalité de disposition. Pas de soulignages.

Aucune rature. L'acte d'écrire, quand nous y assistons, s'accomplit sans arrêt, comme sans hâte.

La malade affirme que ce qu'elle exprime lui est imposé, non pas d'une façon irrésistible ni même rigoureuse, mais sous un mode déjà formulé. C'est, dans le sens fort du terme, une inspiration.

Cette inspiration ne la trouble pas quand elle écrit une lettre en style normal en présence du médecin. Elle survient par contre et est toujours, au moins épisodiquement, accueillie quand la malade écrit seule. Même dans une copie de ces lettres, destinée à être gardée, elle n'écarte pas une modification du texte, qui lui est « inspirée ».

Interrogée sur le sens de ses écrits, la malade répond qu'ils sont très compréhensibles. Le plus souvent, pour les écrits récemment composés, elle en donne des interprétations qui éclairent le mécanisme de leur production. Nous n'en tenons compte que sous le contrôle d'une analyse objective. Nous ne donnons, avec Pfersdorff (1), à toute interprétation dite « philologique », qu'une valeur de symptôme.

Mais, le plus souvent, à l'égard de ses écrits, surtout quand ils sont anciens, l'attitude de la malade se décompose ainsi :

a) Conviction absolue de leur valeur. Cette conviction semble fondée sur l'état de sthénie qui accompagne les inspirations et qui entraîne chez le sujet la conviction qu'elles doivent, même incomprises de lui, exprimer des vérités d'ordre supérieur. A cette conviction semble être attachée l'idée que les inspirations

(1) PFERSDORFF. — Contribution à l'étude des catégories du langage. L'interprétation « philologique », 1929.

sont spécialement destinées à celui à qui est adressée la lettre. « Celui-là doit comprendre ». Il est possible que le fait de plaider sa cause auprès d'un auditeur (c'est toujours l'objet de ses écrits), déclanche l'état sthénique nécessaire.

b) Perplexité, quant à elle, sur le sens contenu dans ces écrits. C'est alors qu'elle prétend que ses inspirations lui sont entièrement étrangères et qu'elle en est à leur égard au même point qu'à l'interrogateur. Si radicale que soit parfois cette perplexité, elle laisse intacte la première conviction.

c) Une profession, justificative et peut-être jusqu'à un certain point déterminante, de non-conformisme. « Je fais évoluer la langue. Il faut secouer toutes ces vieilles formes. »

Cette attitude de la malade à l'égard de ses écrits est identique à la structure de tout le délire.

a) Sthénie passionnelle fondant dans la certitude les sentiments délirants de haine, d'amour et d'orgueil. Elle est corrélative des états d'influence, d'interprétation, etc...

b) Formulation minima du délire, tant revendicateur qu'éroto-maniaque ou réformateur.

c) Fonds paranoïaque de surestimation de soi-même et de fausseté du jugement.

Cette structure caractéristique du délire nous est ainsi révélée de façon exemplaire.

Voyons si l'analyse des textes eux-mêmes nous éclairera sur le mécanisme intime des phénomènes « d'inspiration ».

Notre analyse porte sur un ensemble de textes environ dix fois plus étendus que ceux que nous citons.

Pour conduire cette analyse sans idées préconçues, nous suivrons la division des fonctions du langage que Head a donnée à partir de données purement cliniques (1) (étude des aphasiques jeunes) (2). Cette conception s'accorde d'ailleurs remarquablement avec ce que les psychologues et les philologues obtiennent par leurs techniques propres (3).

Elle se fonde sur l'intégration organique de quatre fonctions auxquelles correspondent quatre ordres de troubles effectivement dissociés par la clinique :

(1) HEAD. — *Aphasia and kindred disorders of speech*. Cambridge. University Press, 1926.

(2) Le rapprochement avec ces malades dits organiques n'a rien de si osé qu'il n'ait déjà été fait par plusieurs auteurs. Voir la communication de Claude, Bourgeois et Masquin à la Soc. Méd.-psych., du 21 mai 1931.

(3) Voir DELACROIX. — *Le langage et la pensée*, Alcan.

— troubles verbaux ou formels du mot parlé ou écrit ; — troubles nominaux ou du sens des mots employés, c'est-à-dire de la nomenclature ; — troubles grammatiques ou de la construction syntaxique ; — troubles sémantiques ou de l'organisation générale du sens de la phrase.

A. — TROUBLES VERBAUX

Altération de la forme du mot, révélatrice d'une altération du schéma moteur graphique — ou bien de l'image auditive ou visuelle.

Au premier abord, ils sont réduits au minimum. Pourtant, on rencontre des élisions syllabiques (61), portant souvent, point remarquable, sur la première syllabe (26) (32) (51), assez fréquemment l'oubli d'une particule, préposition le plus souvent : « pour », « de », ou « du » (9), etc. S'agit-il de ces courts barages, ou inhibitions du cours de la pensée qui font partie des phénomènes subtils négatifs de la schizophrénie ? Le fait est d'autant plus difficile à affirmer que la malade en donne des interprétations délirantes. Elle a supprimé cet « et », ou ce « de », parce qu'il aurait fait échouer sa démarche. Dans des écrits, elle y fait allusion (62).

Certaines formules verbales sont par contre certainement données par les phénomènes élémentaires imposés positifs, pseudo-hallucinatoires (63) ; la malade souvent spéculait sur ces phénomènes.

Le caractère imposé de certains phénomènes apparaît nettement en ceci que leur image est si purement auditive que la malade lui donne plusieurs transcriptions différentes : la mais l'as (34), l'âme est lassé (37), qui s'écrit encore « la mélasse » dans un poème que nous n'avons pas cité. De même « le merle à fouine » (55) « la mère la fouine » (67). Les dénégations de la malade, fondées sur la différence du sens, ne peuvent annuler le fait, mais viennent au contraire renforcer sa valeur.

On peut dès lors se demander si n'ont pas une même origine certaines stéréotypies qui reviennent avec insistance dans une même lettre ou dans plusieurs : dans la lettre I, le « d'Etat » (5) ; dans la lettre II, le « d'essai » (16) (19) (49) (65) qui s'accroche régulièrement à des mots terminés en on, sur le modèle de « ballon d'essai », dans plusieurs lettres, le « si doré frisson » (42) (60). On peut se le demander encore pour toute une série de stéréotypies qui viennent dans le texte avec un cachet d'absurdité particulièrement pauvre, qui, dirons-nous, « sentent » la rumina-

tion mentale et le délire. C'est là une discrimination d'ordre esthétique qui ne peut cependant manquer de frapper chacun.

Les néologismes pourtant semblent pour la plupart d'une origine différente. Certains, seulement, comme « londrer, londoyer » (31), s'apparentent aux types néologiques que nous fournit l'hallucination. Ils sont rares. Pour la plupart, nous devons les ranger dans les troubles nominaux.

B. — TROUBLES NOMINAUX

Les transformations du sens des mots paraissent voisines des processus d'altération étudiés par les philologues et les linguistes dans l'évolution de la langue commune. Elles se font comme ceux-ci par contiguïté de l'idée exprimée et aussi par contiguïté sonore ou plus exactement parenté musicale des mots ; la fausse étymologie du type populaire résume ces deux mécanismes : aussi la malade emploie « mièvre » dans le sens qu'a « mesquin ». Elle a fait une famille avec les mots mairie et marier, d'où elle tire : marri et le néologisme marir.

Le sens est encore transformé selon le mécanisme normal de l'extension et de l'abstraction, tels les jarrets [(39) (44) (46), etc.], fréquemment évoqués, mot auquel la malade donne son sens propre, et « par extension » celui de lutte, marche, force active.

Des mécanismes de dérivation réguliers produisent les néologismes érudir (27) (41), enigmer, oraie [(22) (47)], formé comme roseraie, et très fréquemment employé dans le sens d'affaire qui produit de l'or, vendredettes (37), qui désigne ce qui se rapporte à un cours qu'elle suivait le vendredi, etc.

D'autres mots sont d'origine patoisante, locale ou familiale, voir (28), et encore les Respans pour les Rameaux (54), le mot « nèche » pour dire méchante, et les mots « tougne », d'où dérivent tougnate (23) (25), tougnasse, qui sont des injures désignant toujours sa principale ennemie, Mlle G...

Enfin noter l'usage de mots truculents : les emmitouflés (52), les encoquinés, etc...

C. — TROUBLES GRAMMATIQUES

On peut remarquer après examen que la construction syntaxique est presque toujours respectée. L'analyse logique formelle est toujours possible à cette condition d'admettre la substitution de toute une phrase à la place d'un substantif. Tel l'exemple suivant (56) : Mais si vous voulez faire le merle à fouine et le / tant l'aire est belle qu'il la faut majorer de faits /. c'est que vous êtes as de la fête et qu'il nous faut tous pleurer. » Les deux

signes // isolent la phrase jouant la fonction de substantif. Cette construction est très fréquente (15) (24) (25) (29) (33) (73). Parfois, il s'agit d'adjectifs ou de formules adjectives employées substantivement (4) (8) (17) (21), ou simplement d'un verbe à la 3^e personne : « le mena », « le pela », « le mène rire ».

Cette forme donne d'abord l'illusion d'une rupture de la pensée ; nous voyons qu'elle en est tout le contraire puisque la construction reprend, après que la phrase, en quelque sorte entre parenthèses, s'est achevée.

En des passages beaucoup plus rares, le lien syntaxique est détruit et les termes forment une suite verbale organisée par l'association assonantielle du type maniaque (60) (73), ou, par une liaison discontinue du sens, fondée sur le dernier mot d'un groupe repris comme premier du suivant, procédé parent de certains jeux enfantins : tel (20) : ou encore cette formule : « vitesse aux succès fous de douleur, mais ventre à terre et sans honneur » (lettre non citée). La fatigue conditionne en partie ces formes qui sont plus fréquentes à la fin des lettres.

D. — TROUBLES SÉMANTIQUES

Ils sont caractérisés par l'incohérence qui paraît d'abord totale. Il s'agit en réalité d'une pseudo-incohérence.

Certains passages plus pénétrables nous permettent de reconnaître les traits caractéristiques d'une pensée où prédomine l'affectivité.

C'est d'abord essentiellement l'ambivalence. « J'ai subi, dit-elle, le joug de la défense (2) » pour signifier exactement le « joug de l'oppression » par exemple. Plus nettement encore : « Vous êtes atterrés parce que je vous hais au point que je vous voudrais tous sauvés » (79). Voir encore (80).

De la condensation, de l'agglutination des images, voici des exemples. Dans une lettre non publiée : « Je vous serais fort avant-coureur, écrit-elle à son député, de me libérer de cet enfer. » Ce qui veut dire que, pour exprimer sa reconnaissance, elle le fera bénéficier de ces lumières spéciales qui font d'elle un avant-coureur de l'évolution. De même, ailleurs : « Je vous serais fort honnête de vouloir bien procéder à un emprisonnement correct dans l'enseignement primaire. »

Le déplacement, la projection des images sont non moins avérés après qu'on a interrogé la malade. Qu'elle interprète (plus ou moins secondairement, ceci importe peu), un passage incohérent comme exprimant une calomnie qu'on a dû répandre sur elle, il se trouve que le discours lui attribue à elle-même la phrase

incriminée. L'inverse se produit non moins constamment. La notion de la participation semble effacer ici celle de l'individu. Et cette tendance de sa pensée pourrait relever de l'expérience délirante du sentiment d'influence, si l'usage du procédé que nous signalons, n'était nettement ironique et ne révélait par là son dynamisme affectif.

En témoigne encore la profusion des noms propres dans ses écrits (plusieurs à la suite, joints par le signe =, pour désigner le même individu, par exemple), des surnoms, la diversité et la fantaisie de ses propres signatures.

Notons que la malade se qualifie elle-même fréquemment au masculin (7).

Dans une composition que nous lui avons demandée sur un sujet technique qu'elle était censé connaître, la relation se marquait bien entre le défaut de direction et d'efficacité de la pensée et cette structure affective. Ce travail, à peu près suffisant dans son contenu général, montrait deux ou trois fois une dérivation du discours, tout à fait hors de propos, et toujours sous la forme de l'ironie, de l'allusion, de l'antiphrase. Ces formes, où la pensée affective trouve normalement à s'exprimer dans les cadres logiques, étaient ici liées à la manifestation d'un déficit intellectuel qui ne s'était pas révélé dans les tests, où elle était passive.

Néanmoins, tout dans ces textes ne semble pas ressortir à la formulation verbale dégradée de tendances affectives. Une activité de jeu s'y montre, dont il ne faut méconnaître ni la part d'intention, ni la part d'automatisme. Les expériences faites par certains écrivains sur un mode d'écriture qu'ils ont appelé surréaliste, et dont ils ont décrit très scientifiquement (1) la méthode, montrent à quel degré d'autonomie remarquable peuvent atteindre les automatismes graphiques en dehors de toute hypnose (2).

Or, dans ces productions, certains cadres peuvent être fixés d'avance, tel un rythme d'ensemble, une forme sentencieuse (3), sans que diminue pour cela le caractère violemment disparate des images qui viennent s'y couler.

Un mécanisme analogue semble jouer dans les écrits de notre malade, pour lesquels la lecture à haute voix révèle le rôle essentiel du rythme. Il a souvent, par lui-même, une puissance expressive considérable.

(1) André BRETON. — *Manifeste du surréalisme*, 1924.

(2) Voir A. BRETON et P. ELUARD. — *L'Immaculée Conception*, 1930.

(3) 152 proverbes mis au goût du jour. Eluard et Benjamin Peret. Robert DESNOS. — *Corps et biens*. Nrf.

L'hexamètre rencontré à chaque ligne (66) est peu significatif et est plutôt un signe d'automatisme. Le rythme peut être donné par une tournure sentencieuse, qui prend parfois la valeur d'une véritable stéréotypie, tel le schéma donné par le proverbe : « A vaincre sans péril on triomphe sans gloire », vingt fois sous-jacent à quelque formule apparemment incohérente (31). Un grand nombre de tournures propres à certains auteurs classiques, à La Fontaine très souvent, soutiennent son texte. La plus typique de celles-ci est la phrase délirante qui précède le renvoi (53) et qui est calquée sur le célèbre dystique d'Hégésippe Moreau :

*« S'il est un nom bien doux fait pour la poésie,
Ah ! dites, n'est-ce pas celui de la Voulzie ? »*

En faveur de tels mécanismes de jeux, il nous est impossible de ne pas noter la remarquable valeur poétique à laquelle, malgré quelques défauts, atteignent certains passages. Par exemple, les deux passages suivants :

Dans la lettre (1), que nous n'avons pu donner que partiellement, suivent presque immédiatement notre texte les passages suivants :

« On voit que le feu de l'art qu'on a dans les herbes de la St-Gloire met de l'Afrique aux lèvres de la belle emblasée. »

et s'adressant toujours à son père :

« Crois qu'à ton âge tu devrais être au retour de l'homme fort qui, sans civilisation, se fait le plus cran de l'aviron et te reposer sans tapinois dans le plus clair des métiers de l'homme qui se voit tailler la perle qu'il a faite et se fait un repos de son amant de foin. »

Voir encore (39) (40) (50) (64) (67):

Au terme de notre analyse, nous constatons qu'il est impossible d'isoler dans la conscience morbide le phénomène élémentaire, psycho-sensoriel ou purement psychique, qui serait le noyau pathologique, auquel réagirait la personnalité demeurée normale. Le trouble mental n'est jamais isolé. Ici, nous voyons le mécanisme essentiel reposer sur une double base :

— un déficit intellectuel, qui, si subtil soit-il, se traduit dans les productions intellectuelles, la conduite, et fonde certainement la croyance délirante ;

— un état de sthénie passionnelle qui, diversement polarisée en sentiments d'orgueil, de haine ou de désir, prend sa racine unique dans une tendance égocentrique.

Cet état émotionnel chronique est susceptible de variations, selon plusieurs périodes. Périodes longues, qui révèlent une corrélation clinique avec la fréquence des phénomènes élémentaires d'action extérieure. Périodes courtes, qui sont déterminées par l'expression écrite des thèmes délirants.

Dans ces états d'exaltation, les formulations conceptuelles, que ce soit celles du délire ou des textes écrits, n'ont pas plus d'importance que les paroles interchangeables d'une chanson à couplets. Loin qu'elles motivent la mélodie, c'est celle-ci qui les soutient, et légitime à l'occasion leur non-sens.

Cet état de sthénie est nécessaire pour que les phénomènes dits élémentaires, eussent-ils la consistance psycho-sensorielle, entraînent l'assentiment délirant, que la conscience normale leur refuse.

De même, dans les écrits, la formule rythmique seule est donnée, que doivent remplir les contenus idéiques qui se présenteront. Dans l'état donné de niveau intellectuel et de culture de la malade, les conjonctions heureuses d'images pourront se produire épisodiquement pour un résultat hautement expressif. Mais le plus souvent, ce qui viendra, ce seront les scories de la conscience, mots, syllabes, sonorités obsédantes, « rengaines », assonances, « automatismes » divers, tout ce qu'une pensée en état d'activité, c'est-à-dire qui identifie le réel, repousse et annule par un jugement de valeur.

Tout ce qui, de cette origine, se prend ainsi dans le texte, se reconnaît à un trait qui en signe le caractère pathologique : la stéréotypie. Ce trait est manifeste parfois. On ne peut ailleurs que le pressentir. Sa présence nous suffit.

Rien n'est en somme moins inspiré, au sens spirituel, que cet écrit ressenti comme inspiré. C'est quand la pensée est courte et pauvre, que le phénomène automatique la supplée. Il est senti comme extérieur parce que suppléant à un déficit de la pensée. Il est jugé comme valable, parce qu'appelé par une émotion sthénique.

Il nous semble que cette conclusion, qui touche aux problèmes les plus essentiels que nous pose le fonctionnement pathologique de la pensée, valait l'analyse phénoménologique minutieuse, que seuls des écrits pouvaient nous permettre.

SUR UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE A EVOLUTION CONTINUE ET PROLONGÉE (22 ans)

PAR

P. LÔO et A. DONNADIEU

(de Bordeaux)

Au début du siècle dernier, la paralysie générale était considérée comme une affection à évolution extrêmement courte. Bayle, Parchappe, lui fixaient une durée de quelques mois, mais, déjà Calmeil, en 1826, note la possibilité de rémissions. Esquirol et Foville croient à une évolution de 1 à 3 ans, et dès cette époque les cas prolongés au delà de ces limites font l'objet de publications.

Ce qui était alors considéré comme exceptionnel est aujourd'hui banal. Peut-être faut-il en trouver l'explication dans le fait d'une connaissance plus subtile des prodromes et dans la consécration que, de nos jours, le laboratoire peut donner à un diagnostic hésitant.

L'historique de la paralysie générale de ces dernières années contient assez d'exemples d'évolution se prolongeant au delà de 10 à 20 ans, en nombre assez réduit cependant pour en montrer le caractère exceptionnel, mais suffisant pour avoir justifié une étude synthétique faite par le D^r Granier (1) dans sa thèse, riche en outre d'une bibliographie que nous ne reproduirons pas ici.

Nous mentionnerons seulement quelques publications omises ou postérieures à son travail.

En 1909, Karpas (2) présente deux cas de paralysie générale, l'un ayant duré 12 ans, l'autre 18 ; ce dernier fut abrégé par une

(1) GRANIER. — Contribution à l'étude des formes prolongées spontanées de la P. G. (Thèse Toulouse, 1927-1928).

(2) KARPAS (M. G.). — General paralysis of an Unusually with a report of two cases one with necropsy (*J. nerv et mens. dis. N. Y. et Lancaster*, 1909, p. 362).

maladie intercurrente, ce qui permet la confirmation du diagnostic de méningo-encéphalite par l'autopsie.

MM. D. et R. Anglade (1), en 1923, présentaient une malade chez laquelle évoluaient associés une paralysie générale et un tabès dont les premières manifestations et le diagnostic remontaient à 11 ans.

Le cas de Cornil et Robin (2) a évolué pendant 17 ans avec deux périodes de rémission, dont la première permit le retour dans la famille. L'autopsie vint confirmer l'impression clinique et les données sérologiques.

Ces deux auteurs, avant de donner leurs observations, mentionnent que des cas plus extraordinaires encore par leur durée ont été antérieurement publiés par Laignel-Lavastine et Vallon : Nissl, 22 ans (association avec tabès) ; Jacob, 20 ans (2 cas).

En 1927, M. Perrens (3) utilisait dans un but d'étude différent l'observation d'une malade en évolution depuis 1916 et qui vit encore... Déjà en 1911, le même auteur, avec M. Mabilie (4), avait présenté quelques cas intéressants par leur durée.

Enfin, en 1928, Vivaldo (5) publiait un cas de paralysie générale à évolution prolongée ayant revêtu l'aspect maniaco-dépressif.

Certaines observations rapportées peuvent être suspectes ; entre autres une des trois présentées par Brunet (6), en 1904, ayant duré 23 ans, étiquetée paralysie générale alcoolique et en faveur de laquelle le compte rendu nécropsique ne témoigne guère. Mais tant d'autres nous sont présentées, réalisant des types cliniques très nets, avec des garanties sérologiques indiscutables, renforcées par le témoignage d'un examen macroscopique et histologique du cerveau.

Le cas que nous présentons, assez nettement caractérisé au point de vue psychique et neurologique, pour réaliser l'unani-

(1) D. ANGLADE et R. ANGLADE. — Paralysie générale qui dure depuis 11 ans (*Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1923, XLIV, p. 234-236).

Notre travail était déjà à l'imprimerie, lorsque nous avons appris que la malade présentée en 1923 par MM. D. et R. Anglade comme évoluant depuis onze ans, est encore vivante.

(2) L. CORNIL et G. ROBIN. — Sur un cas de paralysie générale prolongée ayant évolué pendant 17 ans (*Progrès médical*, Paris 1923, XXXVI, p. 169).

(3) PERRENS. — La notion de démence dans la P. G. (*Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 janvier 1927).

(4) MABILIE et PERRENS — Communication au Congrès des aliénistes et neurologistes (Amiens 1911).

(5) VIVALDO (J. C.). — Sobre un caso de parálisis general progresiva à forma maniaco depresiva periodica alterna et de volucion prolongada. (*Prensa méd. argentina*, oct. 10, 1928, p. 556-561).

(6) BRUNET. — Société médico-psychologique. Séance du 30 novembre 1903.

mité d'opinions des divers médecins qui l'ont examiné, a eu deux vérifications sérologiques positives au cours de son évolution ; enfin le décès récent a permis une autopsie démonstrative.

OBSERVATION. — Mme C... Catherine est âgée de 33 ans lorsqu'elle entre, le 1^{er} février 1908, à l'asile d'aliénées de Château-Picon, munie du certificat d'internement ci-après :

« Est atteinte de paralysie générale progressive que caractérise un « affaiblissement très marqué des facultés intellectuelles, de l'em-
« barras de la parole, du tremblement de la langue et des mains. »
— (D^r Lande).

Les renseignements recueillis sur la malade indiquent l'absence d'antécédents vésaniques dans sa famille. « Ma famille est propre et liquide », dira-t-elle pour exprimer ce fait. Son père est vivant, sa mère morte de paralysie. Elle est la 4^e d'une famille de 5 enfants.

Son mari est mort de tuberculose pulmonaire, semble-t-il. Depuis 4 ans, elle vit avec un ami qui l'a retirée d'une maison publique. Enfant, elle est allée en classe où elle a appris à lire, écrire et compter. A 26 ans, elle aurait fait un avortement. Elle aurait contracté la syphilis il y a plusieurs années. Ses excès éthyliques (rhum, eau-de-vie) sont notoires.

Ceux qui l'entouraient avaient remarqué depuis quelque temps, au moins deux mois, du tremblement et de l'embarras de la parole.

Se présentant à l'examen médical, elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace, n'est pas trop contente, dit-elle, mais sans hargne, d'être à l'Asile et accuse tout de suite des préoccupations concernant son état de santé. Elle se plaint surtout de la gorge, prétendant y avoir un abcès, que ne décèle d'ailleurs pas un examen attentif de la région. Elle aurait aussi une métrite, mais l'examen au spéculum montre un col utérin parfaitement normal et l'absence de vaginite. C'est donc en faisant entendre des plaintes hypocondriaques que se présente Mme C... à son entrée à l'Asile.

Mais elle est niaise, puérile. Ses réflexions sont d'une pauvreté inouïe. « Je veux m'en aller, si j'étais allée chez moi, je me serais mariée avec un boulanger, j'aurais toujours eu du pain. »

Une addition même simple est impossible. On ne note ni idées de persécution, ni hallucinations d'aucune sorte.

L'examen des yeux montre du blépharospasme sans ptosis, pas de paralysies oculaires. A la lumière, les pupilles égales, régulières, se contractent faiblement puis se dilatent immédiatement. L'examen du fond d'œil permet d'apercevoir un début d'atrophie optique. A un second examen, quelques jours plus tard, on signale des déformations pupillaires. La langue, les lèvres, sont atteintes de tremblement.

L'articulation est mauvaise ; la malade bredouille.

La marche est normale, il n'y a pas de trouble de l'équilibre.

Les réflexes rotuliens sont égaux des deux côtés, mais très vifs ; les achilléens égaux et vifs. La trépidation épileptoïde rotulienne est intense. Il n'y a pas de réflexe des orteils. La sensibilité plantaire paraît émoussée. Les mains présentent un tremblement fin. L'écriture est tremblée, illisible, les lettres chevauchent les unes sur les autres.

La ponction lombaire indique une forte albuminose avec une lymphocytose abondante.

L'examen de l'appareil circulatoire permet d'entendre un premier bruit un peu fort à la pointe et un claquement valvulaire à l'orifice aortique.

Du côté de l'appareil digestif, on ne note qu'un mauvais état de la denture et l'absence de vomissements. Le foie n'est ni gros, ni douloureux. L'appareil uro-génital semble normal ; les urines sont un peu troubles, contenant des traces d'albumine. Les règles sont normales et régulières.

Les idées délirantes hypocondriaques persistent encore six mois après l'entrée à l'Asile.

En mai 1909, la malade ne parle plus de ses inquiétudes physiques. Elle est riche ; elle a chez elle 500.000 fr. Les pupilles sont égales, dilatées, et réagissent bien à la lumière. La malade est plus calme ; elle s'occupe à tricoter. L'embarras de la parole est toujours très accusé ; ce n'est souvent qu'un bredouillement inintelligible qui sort de ses lèvres.

Au mois de décembre 1909, les idées hypocondriaques font à nouveau leur apparition : « Le sang me ressort au ventre ; je n'ai plus de sang ; j'ai les amygdales engorgées », dit-elle, et ces quelques paroles sont très difficiles à saisir. Elle parle à la manière des enfants.

Dans sa bouche, poitrine fait patine, chez moi devient sé ma, Bordeaux, Bodeaux, etc... Les *r* sont surtout difficiles à prononcer ; elle « parle nègre ». Elle s'excite en parlant, élève la voix, la face devient vultueuse, elle se livre à une gesticulation intense.

A cette époque on la voit par moments se diriger vers le fond de la salle, gesticuler en se fâchant devant le mur, paraissant s'entretenir avec des êtres imaginaires. Elle est méchante, malveillante et a tendance à frapper ceux qui l'entourent.

L'état général est bon. Les réflexes rotuliens sont toujours très exagérés ; les pupilles égales, non déformées, réagissent vivement à la lumière. Le tremblement de la langue et de l'orbiculaire des lèvres a disparu. Le blépharospasme persiste.

En septembre 1910, les troubles intellectuels paraissent s'être accentués. Elle a 18 ans, est née en 80, se croit au mois de mai de l'année 900, est enceinte « de 10 mois... de Picon... de Bordeaux ». Le langage est très réduit, incompréhensible. Un léger tremblement fibrillaire des bords de la langue est réapparu. La malade est cependant capable d'aider à faire le ménage. Elle est habituellement calme, mais de temps à autre crie, s'excite, sans être violente.

Au mois de mai 1912, l'orientation dans le temps et dans l'espace est très mauvaise. Elle ne sait ni le mois, ni l'année, ni la date même approximative de son entrée à l'Asile. Elle croit avoir 15 ans. L'humeur est plutôt hargneuse.

Physiquement, elle est très ingambe et s'occupe régulièrement aux soins du ménage. Elle présente des secousses dans l'orbiculaire des lèvres, un tremblement fibrillaire de la langue. La parole est incompréhensible, pâteuse. On devine plus qu'on ne comprend ce qu'elle veut dire.

En mai 1920, elle est atteinte d'un érysipèle de la face qui rechute en juin.

Après cette infection, l'état général redevient bon et on note une légère rémission. La malade est souriante, calme, s'occupant régulièrement du ménage qu'elle fait avec beaucoup d'adresse. Livrée à elle-même, elle bredouille intensément ; les troubles dysarthriques s'atténuent considérablement lorsqu'elle fait une réponse courte aux demandes qu'on lui pose. Les réflexes pupillaires sont très paresseux.

Une *ponction lombaire*, pratiquée le 12 août 1920, indique : pression forte, liquide clair ; albuminose moyenne ; lymphocytose très abondante. Quelques mononucléaires.

En juin 1923, à la suite d'une chute, elle présente des signes inflammatoires au niveau du genou droit, avec température à 39°. On pratique un abcès de fixation. Le lendemain, une incision laisse écouler du pus bien lié, crémeux, provenant du tissu cellulaire périarticulaire ; l'infection ne semble pas toucher l'articulation. Le 27 juin, la suppuration est complètement tarie ; l'abcès de fixation est incisé le 1^{er} juillet. Après cet incident, la malade reprend sa vie calme, entrecoupée de quelques phénomènes d'excitation. Le fonds mental reste aussi touché, le bredouillement aussi accentué.

Brusquement, le 24 janvier 1928, la malade présente un état d'obnubilation ; elle ne sait plus ce qu'elle fait, ne peut plus s'habiller seule. La face est rouge. Dans la nuit, la malade s'agite, vomit à plusieurs reprises, présente de l'incontinence des urines et des matières.

Le 25 janvier, elle est encore très obnubilée et agitée. La face est déviée vers la gauche, on ne trouve pas de paralysie appréciable des membres.

Depuis cet ictus, l'état général reste précaire ; la cachexie de plus en plus progressive s'installe et la malade succombé le 8 février 1930.

La *nécropsie* pratiquée quelques heures après la mort confirme le diagnostic clinique : le cerveau est atrophié dans son ensemble, les méninges adhèrent par places à l'écorce, surtout au niveau du lobe frontal. Leur arrachement laisse des érosions très nettes. On trouve sur les parois ventriculaires des petites saillies blanches donnant l'aspect typique de « langue de chat ».

En résumé, il s'agit d'une paralysie générale à longue évolution, puisqu'elle a été observée à l'Asile pendant 22 ans (1). Le diagnostic en paraît tout à fait évident, fondé sur la présence des troubles intellectuels et physiques caractéristiques et confirmé par l'autopsie, et l'examen du liquide céphalo-rachidien montrant, lors de l'entrée de la malade, une hyperalbuminose et une lymphocytose fortes. Il est intéressant de noter la diminution du taux de l'albumine, constaté à la deuxième ponction lombaire faite alors que la malade était en rémission partielle après son érysipèle.

Parmi les signes cliniques, un seul signe presque pathognomonique par sa fréquence manquait : l'abolition des réflexes pupillaires. Mais d'après les auteurs, il peut être absent dans 10 pour 100 des cas. Et d'ailleurs cette malade a présenté d'autres troubles pupillaires qui ont varié au cours de l'évolution de la méningo-encéphalite. On note, en effet, un jour, des déformations pupillaires, une autre fois des réflexes paresseux, etc..., toutes choses indiquant la non intégrité de sa musculature interne.

Un caractère évolutif distingue aussi notre observation de la plupart de celles concernant la paralysie générale à longue évolution. Presque toutes signalent la présence de rémissions importantes. Le cas que nous publions a au contraire été remarquable par la régularité de son évolution. Certes, la malade a présenté des améliorations passagères, du calme à certains moments, des réactions bruyantes à d'autres, mais il est impossible de parler de rémission véritable, l'amélioration signalée après l'érysipèle (qui a agi vraisemblablement à la manière de la pyrétothérapie), ne s'étant pas accompagnée d'une diminution des troubles physiques. Durant toute l'évolution de 22 ans les phénomènes dysarthriques ont été intenses, la déficience intellectuelle très grande, contrastant avec la longue conservation d'un bon état général permettant une activité physique importante jusqu'à l'ictus survenu deux ans avant la mort.

Par contre, notre observation se rapproche des autres cas de paralysie générale à longue évolution par quelques caractères sur lesquels a insisté Lhermitte (2). « Du point de vue clinique, écrit-il, la paralysie générale stationnaire ou prolongée marque

(1) Parmi les observations de paralysie générale ayant eu la plus longue durée, une de celles publiées par M. René Charpentier avait duré vingt-deux ans, comme la nôtre (René CHARPENTIER et André BARBÉ, *Encéphale*, 10 février 1911).

(2) LHERMITTE. — *Encéphale*, janvier 1921, N° 1, p. 44.

son atypie par l'apparition d'hallucinations auditives, de délire plus ou moins systématisé, à teinte mélancolique ou hypocondriaque, par la conservation de l'activité psychique automatique... »

Notre malade a présenté des phénomènes hallucinatoires en 1909, qui, pour avoir été épisodiques, n'en ont pas moins existé, de même qu'ont été très nettes les idées délirantes hypocondriaques. Celles-ci, présentes lors de l'entrée à l'Asile, ont rétrogradé six mois après, pour réapparaître pendant quelques mois, un an après environ.

En somme, cette observation nous a paru intéressante à publier, non seulement par la durée peu habituelle de la maladie, mais aussi par les caractères évolutifs et cliniques propres qu'elle a présentés et que nous avons tenu à faire ressortir brièvement.

BIBLIOGRAPHIE

non citée dans le cours de l'article

CAPGRAS et MOREL. — Paralyse générale prolongée précoce ; présentation de malade. (*Bulletin de la Soc. clinique de méd. mentale*, juillet 1913 p. 296).

CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX. — Paralyse générale épileptiforme prolongée (*Bull. soc. clinique de méd. mentale*. Paris 1923 XI p. 103-112).

CARRETTE (P). — Paralysies générales stationnaires et prolongées ; rapports du syndrome clinique et de la formule humorale (*Bull. Soc. clin. de méd. mentale*. Paris 1924 XII, p. 101-109).

CAPGRAS et MARCHAND. — Paralyse générale prolongée ; examen anatomo-pathologique (*Bull. Soc. clin. de méd. mentale*, novembre-décembre 1930).

TARGOWLA et J. LACAN. — Communication à la Société de Psychiatrie de Paris. (*Encéphale*, janvier 1930).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 10 Décembre 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président

PRÉSENTATIONS

Psychose maniaque-dépressive ou schizophrénie évolutive ?
(Accès apparus à la suite d'états anergisants et suivis de
lupus érythémateux récidivant), par MM. R. LEROY, P. RUBENOVITCH et J.-O. TRELLES.

L'observation que nous rapportons présente un double intérêt : elle permet d'abord d'examiner une fois de plus les rapports de la folie périodique avec la schizophrénie, question récemment étudiée par Claude et Lévy-Valensi (1). Elle permet, d'autre part, de rattacher le tableau clinique qu'elle nous offre à une notion étiologique précise qui réaliserait l'unité d'un ensemble morbide complexe, si l'on accepte l'hypothèse d'une tuberculose évoluant chez cette malade d'une façon particulière et ayant joué un rôle direct dans l'éclosion de ses troubles mentaux.

Pour cette raison, nous la rapprocherons de l'étude faite par Claude et Baruk sur le rôle de la tuberculose dans la démence

(1) H. CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *Encéphale*, mai 1931.

précoce (1), et d'une observation rapportée par l'un de nous avec R. Targowla (2).

Emilienne G. P., 38 ans. Rien dans ses antécédents héréditaires, en remontant jusqu'aux arrière-grands-parents. Antécédents personnels : à 16 ans, période de fatigue générale; à 18 ans, légère dépression avec tristesse, pleurs, vagues idées de suicide; à 22 ans, en 1915, à la convalescence d'une rougeole, la malade présente des troubles mentaux qui nécessitent l'internement.

PREMIER INTERNEMENT. — Certificat d'admission (avril 1915) : *Délire mélancolique avec hallucinations probables. Mutisme. Anxiété par intervalles* (Briand).

Certificat d'entrée à Sainte-Anne : *Maniaque dépressive. Depuis l'entrée, état maniaque très nettement caractérisé : turbulence, logorrhée, agitation, propos incohérents, impossibilité de fixer l'attention* (Sérieux).

Sur cette période, les souvenirs de la malade sont actuellement précis : « Je tombai malade de la rougeole le 1^{er} mars 1915. J'eus des maux de tête affreux. Je souffrais de cauchemars, d'insomnies et d'hallucinations. Le 1^{er} avril, le D^r C. déclara à mon père que j'étais perdue et qu'il fallait me transporter à Necker. J'éprouvai une grande joie à l'idée d'être délivrée de mes souffrances. Mais j'ai gardé de ce transport à l'hôpital le souvenir d'une véritable marche au supplice, telle que Berlioz l'a décrite dans sa *Symphonie fantastique*. D'ailleurs, j'entendais la cloche de la *Damnation*, celle de la *Symphonie* et le *Dies Iræ*.

« A Necker, je refusai de manger, croyant que j'allais bientôt mourir, et pour cette raison l'on m'envoya à Sainte-Anne. Je ne pouvais plus parler. Je m'imaginais être morte et enterrée vivante et je répétais : « J'étouffe. Pourquoi a-t-on mis sur moi tant de terre ? » J'eus longtemps l'impression d'être en enfer où je subissais une punition terrible pour avoir commis une faute morale grave. Pendant longtemps aussi je me suis vue dans un cimetière. Les visiteurs qui étaient en deuil représentaient le tableau de Manet qui est au Musée du Luxembourg. Des voix me disaient que j'allais à la guillotine, que j'avais manqué de respect à mon père, mal soigné ma mère et ma grand-mère.

« Ces rêves, qui se produisaient tout éveillée, sont dus, sans doute, à des souvenirs de lecture.

« Un véritable martyre commença lorsque les infirmières m'ali-

(1) H. CLAUDE et H. BARUK. — Tuberculose et démence précoce. *Paris Médical*, 27 déc. 1930.

(2) R. TARGOWLA et P. RUBÉNOVITCH. — Syndrome schizophréno-catatonique suivi depuis 14 ans. *Encéphale*, février 1930.

mentèrent à la sonde qu'elles appelaient le « biberon vert ». Je voyais sans cesse des personnages peints sur des toiles sortir de leurs cadres en grimaçant, puis marcher et faire le tour de la pièce. J'entendais une odieuse pendule. La lampe baignait les objets d'une lumière blafarde qui ne s'éteignait jamais, ou bien j'étais plongée dans l'obscurité la plus pénible. Toutes les choses avaient des allures fantastiques, devenaient vivantes. Le 15 juillet 1915, je me réveillai tout à coup et demandai où je me trouvais. Julienne (une infirmière), me répondit que j'étais à Sainte-Anne, et comme je sanglotais, elle entreprit de me consoler. Le 3 septembre, mon frère me fit sortir. »

Deux mois après, la malade entre à la Faculté pour préparer le professorat des Ecoles normales. Cependant, jusqu'en janvier 1916, elle a presque chaque soir des hallucinations conscientes et souffre d'incontinence d'urine. Peu à peu, ces symptômes s'atténuent, mais elle accuse de violents maux de tête et des douleurs dans le dos. En 1917, à la suite d'une grippe, bronchite tenace. Découragée, elle abandonne ses études, sentant qu'elle est devenue un être « incomplet et inachevé ».

Elle essaie alors de préparer l'inspection du travail. Puis en 1919 et 1920, échoue au concours d'entrée de la Statistique. Elle quitte alors son frère, et se réfugie chez les Marianites de la rue Duguay-Trouin. « J'y passai, dit-elle, deux mois dans le ravissement, ayant fait une espèce de paix avec ma conscience. Je désirais y demeurer toujours. Cette année-là, j'eus tellement d'intuitions, de divinations, de satisfactions pour mes moindres désirs, d'apparitions et de sensations étranges, délicieuses, paradisiaques, que si j'avais été religieuse j'aurais été tentée d'écrire des mémoires là-dessus. D'ailleurs, cette année-là, j'écrivais facilement, je pouvais arranger ma vie matérielle, morale, sentimentale à mon gré. Je pensais trouver un certain bonheur dans le célibat arrangé à ma façon... Un soir, j'eus, en me couchant, la sensation qu'un Immortel, l'époux de mes rêves, y était couché. J'éprouvai alors un plaisir physique délicieux. Jamais la toile ne fut si douce. etc... Je ressentis la même émotion une nuit de juin 1931. Il ne s'agit peut-être là que d'hallucinations... »

En 1919, elle présente au niveau des oreilles et du nez un lupus érythémateux soigné à Saint-Louis (neige carbonique et douche filiforme). Son état s'améliore et elle mène alors une vie normale. Elle passe avec succès des certificats, devient institutrice, se marie en 1924. 1925, accouchement normal. 1926, deuxième grossesse.

Quinze jours après l'accouchement, la malade présente un accès confusionnel qui nécessite, le 8 juillet 1926, un deuxième internement.

DEUXIÈME INTERNEMENT. — *Syndrome d'excitation maniaque avec excitation psychique (fuite des idées), motrice (impulsions motrices multiples, désordre des actes), et psycho-motrice, logorrhée intarissable (Laignel-Lavastine).*

La malade, très agitée, doit être maintenue la plupart du temps. On note : « Déchire ses draps. Excitation psychique. Propos incohérents. Réponses à côté. Absence d'efforts. Obnubilation et obtusion. » L'examen somatique est négatif, ainsi que les examens sérologiques (le lupus érythémateux paraît guéri). En janvier 1927, l'agitation, l'excitation, les propos incohérents, la confusion disparaissent. La malade, anxieuse, devient lucide, et présente des hallucinations auditives.

Certificat de situation du 9 décembre 1927 : « *Dépression mélancolique.* »

A partir de cette époque, Em. reste taciturne, inerte, indifférente, présentant par moments des impulsions à briser les vitres. Em. reçoit les visites de son mari avec hostilité. Elle offrait, en somme, le tableau d'une démente précoce.

En janvier 1931, se prête à l'examen de bonne grâce, fait visiblement effort pour fixer son attention. Orientation normale. Souvenirs d'avant 1926 bien conservés et évoqués sans difficulté. Premier internement bien évoqué et critiqué. Par contre, amnésie presque totale pour les faits consécutifs au second accouchement. Cours des idées troublé, mais moins qu'il n'apparaît à première vue. Une certaine incohérence. Parfois des sourires immotivés, un certain maniérisme. Quelques phrases stéréotypées. Indifférence relative à l'égard de son mari et de ses enfants. Aucun désir de rentrer chez elle. Ce que l'on remarque, surtout, c'est une affectivité fixée par certains complexes : regrets, interprétations rétrospectives, évocations d'idylles anciennes, aventure sentimentale avec un médecin rencontré à la Sorbonne, et dont le nom revient constamment dans ses propos. En dehors des interrogatoires, la malade reste alitée, inerte, silencieuse, souriant par moments. En mai et juin, reçoit mieux son mari. Semble heureuse de le voir, demande des nouvelles de ses enfants ; parfois incohérente. En juin, on arrive à la lever régulièrement. On lui fait des piqûres de cacodylate qu'elle réclame elle-même aux infirmières. Elle demande à lire, s'occupe à tricoter. Au point de vue affectif, ce qui prédomine, c'est un certain degré d'apathie et d'indifférence émotionnelle. Elle semble présenter un curieux délire rétrospectif, à teinte mégalomaniaque et érotomaniaque. « Elle a eu beaucoup d'aventures, tous les princes de la terre lui ont fait la cour. Elle n'a jamais cédé : elle sait martyriser les hommes. Au roi d'Espagne, elle n'aurait peut-être pas résisté. Maintenant, elle a horreur des hommes et déteste son mari. » (Cependant, elle le reçoit très amicalement). Au moment où ces idées sont exprimées, l'attitude change : le ton devient théâtral, maniéré, quelques sourires inadaptés apparaissent. Quelques semaines plus tard, elle rectifie complètement ces idées, elle en rit et déclare qu'elles faisaient partie de ses « hallucinations ». Exprime pour la première fois le désir de sortir. Au début de juillet, on lui annonce la maladie, puis 8 jours après, la mort de

son enfant. Elle a une petite crise de désespoir, puis 5 minutes après, déclare le savoir déjà, et se met à parler de choses et d'autres, comme si elle n'y pensait déjà plus.

Peu à peu apparaissent des souvenirs concernant la période postérieure au second accouchement : « Il, ne s'agit là que d'une description de souffrances imaginaires. Mais les philosophes n'affirment-ils pas que le malade imaginaire souffre beaucoup ? Je n'ai aucun souvenir de la façon dont je fus alimentée pendant 4 ans. J'étais extrêmement malpropre, et j'écrivais sous la dictée du D^r S. que j'avais connu à la Sorbonne. J'ai cru le voir, lui et sa famille. Puis ils disparurent. Je chantais toute la journée. Je n'ai jamais pu me rendre compte du temps écoulé. Ce n'est qu'à la fin de 1929 que j'ai repris conscience : une malade me déclara que j'étais depuis trois ans à Sainte-Anne, au lit, à ne rien faire. Elle me força à reconnaître l'atroce vérité.

« Le D^r L. qui vint ponctionner ma voisine me taquinait. Je le prenais pour un ingénieur des P. T. T. Le parent d'une malade qui était chauffeur, venait la visiter revêtu d'une espèce d'uniforme. Je le pris pour Guillaume II. Il m'ordonna de briser les vitres... Je demandai à Mme L. si elle ne faisait pas partie des Chevaliers de la Table Ronde. Je lui affirmai que Lohengrin se promenait dans la cour, que Parsifal était dans la salle, que les infirmières avaient osé le forcer à manger et à prendre des lavements. Puis ce fut Mme D. que je pris pour l'abbé A. Un jour, je vis Pierre Loti. Je lui dis : « Vous êtes M. Pierre Loti. Mais dans quel état êtes-vous, monsieur ! — C'est votre faute, madame, répondit-il. Ces conventions-là s'exécutent immédiatement. » Ces conventions-là, c'était de briser les vitres. Enfin, je les brisai, un soir. Je fus alors attachée. Puis M. Miquel me déclara qu'il était saint Michel. Je voulais lui dire combien je l'aimais, mais je ne pouvais parler. Depuis longtemps mon double venait me parler. Je voyais tomber des étoiles. Un soir d'hiver, admirant la constellation d'Orion, il me reprocha d'oser regarder des étoiles que j'avais vu tomber. Le système de Copernic était démolé par ma faute. J'eus aussi des moments de joie : je vis des draps se draper sur la table, des draps de nuance dorée. Il plut même des roses, mais je n'ai pu jouir de ce spectacle, ayant désobéi en ne cassant pas les vitres, n'ayant pas donné à mon double le trousseau de clefs qu'il m'avait demandé. Je voyais les infirmières parées de bijoux, jolies, heureuses pour l'éternité. Les visites de mon mari m'agaçaient, me faisaient souffrir. Tout était souffrance : le bain, le lever, la station debout, ou assise.

« En mai, j'étais en plein rêve, bien entrain de me demander si j'allais continuer à m'alimenter. Mon double m'avait absolument défendu de manger, du pain surtout. (Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'hallucinations perçues dans un monde irréel, c'est un état d'esprit que tout le monde connaît dans le rêve). Plus tard, le

D^r R. m'affirma qu'il mangeait et il me le dit si naturellement que je le crus à l'instant même et qu'aussitôt il perdit pour moi le caractère angélique que je lui avais donné.

« En juin, je vivais toujours dans l'autre monde. J'étais comme morte depuis longtemps. Les observations du docteur me ramenèrent à la vie réelle. Ce ne fut pas sans une profonde déception, le regret très amer d'une chose perdue, que je me retrouvai ici-bas. J'eus nettement l'impression d'avoir désobéi et d'avoir pour toujours perdu ce monde idéal dans lequel j'avais vécu la vie de l'au-delà. Dans ce monde-là on n'est plus soumis aux besoins physiologiques.

« Cependant, je m'accoutumai difficilement à mon espèce de résurrection terrestre. Je finis enfin par ne plus regretter l'au-delà. En juillet, je fus définitivement guérie. Mais la lenteur de mon mari à réclamer ma sortie, me causait un chagrin extrême. Je crus qu'il ne voulait plus me reprendre chez lui. C'est qu'à ce moment-là, la vie de l'asile ne répondait plus à mon besoin d'activité. »

Ponction lombaire (1927) : réactions normales, albumine 0 gr. 1, leucocytes, 4 par mm³.

En novembre 1931, réactions sérologiques normales dans le liquide céphalo-rachidien et le sang. Sang : urée, 0 gr. 28. Cholestérine, 1 gr. 74. Besredka négatif. Tension artérielle normale, 12-7 (au Vaquez). Réflexes oculo-cardiaque et solaire normaux. L'examen somatique ne révèle rien, sinon, *depuis 3 semaines, la réapparition de lésions nettes de lupus érythémateux au niveau du nez.*

Examen neurologique négatif.

Profil psychologique : intelligence normale. Age mental : 17 ans.

Radioscopie pulmonaire : le diaphragme s'abaisse mal du côté droit.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. Elle pose d'abord un problème nosographique. Le diagnostic de psychose maniaque-dépressive semble d'emblée s'appliquer à ce cas.

A un examen critique, on s'aperçoit qu'il ne tient compte que d'une partie des faits.

Tout d'abord, notre malade semble avoir bien présenté; à partir d'un certain âge, les éléments d'un comportement spécial : vers 15 ans, on lui reprochait sa timidité et sa nonchalance. Elle passait souvent son temps à rêver, elle inventait des idylles qu'elle « vivait en pensée ». Elle paraissait souvent « dans la lune ». Ces états coïncidaient avec des périodes de fatigue physique. Il lui arrivait dans l'intervalle d'être pleine d'entrain, même un peu surexcitée. Et à deux reprises, à 16 et 18 ans, elle présente une véritable dépression à la suite de surmenage.

Sur ce fond soi-disant constitutionnel, se greffe d'abord son

premier accès. L'aspect extérieur de cet accès impose facilement le diagnostic de psychose maniaque dépressive. Cependant, le contenu des idées délirantes présente un caractère bien particulier : déprimée, la malade tombe dans une espèce d'état de rêve où la réalité est transformée : les visiteurs évoquent tel tableau de Manet, etc.

« J'avais des rêves tout éveillée » nous dit-elle de cette période.

Elle sort de cet état de rêve assez brusquement, comme se termine souvent un accès maniaque dépressif. Elle quitte l'asile, mais en réalité elle n'est pas guérie. Elle reste un peu obnubilée, et pendant un an encore, elle souffre d'hallucinations vespérales et d'incontinence d'urine nocturne.

Elle reprend ses études, mais n'est plus la brillante élève d'autrefois. Elle échoue à plusieurs examens, se sent « un être inachevé et incomplet ».

Puis elle perd pied et traverse une curieuse crise mystique, entrecoupée d'ailleurs de préoccupations d'ordre érotique. Elle vit en plein rêve chez les Marianites. Elle a des intuitions, tout est merveilleux. Elle voudrait que cet état, qui confine à l'extase, dure indéfiniment tant elle y trouve de délectation.

De même, lors de son second internement, passée la longue période d'états mixtes du début, elle vit de nouveau en plein rêve, tantôt en enfer, tantôt dans un lieu de délices où chaque être est un personnage important, où les hallucinations visuelles prennent un aspect fantastique (chute d'étoiles, pluie de roses, etc.). Son état s'améliore, elle quitte par étapes et comme à regret le monde irréel de ses rêveries.

Sa dépression n'avait pas le caractère de la dépression mélancolique. Elle ne souffrait pas, se montrait inerte, indifférente, apathique, souriant par moments, vivant intérieurement des aventures sentimentales réelles ou imaginaires, en un mot complètement reployée dans son autisme. Puis, comme à la fin du premier accès, mais beaucoup plus brève, une courte phase érotico-mystique.

Dès sa sortie, elle s'est apparemment assez vite réadaptée. Dans la pension religieuse où elle se trouve, elle vit normalement, s'occupe du ménage, joue du piano, sort et va au concert.

Emilienne est actuellement lucide, bien orientée, avec un jugement normal. Cependant, dit son entourage, « elle n'est plus comme avant ». Elle a une expression souvent niaise et mal adaptée. Le ton de sa voix est monotone, le débit en est un peu saccadé. On note un certain degré d'ambivalence (elle aime et n'aime plus son mari), de discordance (elle raconte qu'ayant

repris avec lui des rapports sexuels, elle a eu des crises de fourire « au moment psychologique », de suggestibilité, de tendance à l'intériorisation qui la rapprochent des schizophrènes. Elle accepte facilement, sans regret, de ne plus vivre chez elle, loin de son enfant. Elle en prend son parti avec une facilité qui confine à l'indifférence.

Elle a parfois des réflexions nettement puériles. Le déficit intellectuel, léger peut-être, apparaît certain.

De la série hypomaniaque, il lui reste une certaine logorrhée, une tendance à l'ironie, un besoin avéré d'activité curieusement allié à un certain goût pour l'inertie.

En résumé, l'analyse nous montre une intrication complexe de symptômes nettement schizophréniques avec une série de signes maniaques dépressifs (1).

Le second point sur lequel nous voulons attirer l'attention est le suivant : à la suite de son premier accès, la malade sort dans un état qui lui permet de s'adapter suffisamment à une vie normale. Elle n'est cependant pas guérie, et continue jusqu'en 1919 à présenter des troubles divers (hallucinations vespérales, crise mystico-érotique, instabilité) et un état physique déficient (bronchite traînante, grippe, toux persistante, fatigabilité). En 1919, au moment où ces troubles s'amendent complètement au point qu'elle arrive à passer avec succès de nouveaux examens, apparaît un *lupus érythémateux* guéri par un traitement approprié.

A la suite du second accès, la malade sort en septembre dernier. Depuis, son état mental va s'améliorant chaque jour, réserve faite pour le déficit et les particularités que nous avons signalés. Or, depuis 3 semaines environ, nous avons noté une récurrence de son *lupus érythémateux* au niveau du nez.

Tous les auteurs sont actuellement d'accord pour classer le *lupus érythémateux* parmi les affections tuberculeuses. Mais, à part Gougerot, qui le signale une seule fois, aucun n'a retrouvé le bacille de Koch au niveau des lésions lupiques. D'autre part,

(1) Cette observation est à rapprocher de celle d'une malade étudiée autrefois par l'un de nous (R. LEROY. — Accès intermittents de délire onirique chez une grande déséquilibrée après ablation des ovaires. *Société Clinique de Médecine mentale*, déc. 1911). Une jeune femme a été toute sa vie, contemplative et romanesque, mystique, érotique, douteuse. En juillet 1905, double ovariectomie pour salpingite. Quelques mois après, elle se sent dédoublée, rêve tout éveillée. Hallucinations de la vue, de l'ouïe, psychomotrices ; idées de transformation et de métamorphose ; illusions de fausse reconnaissance. Lors d'un 2^e internement (févr. 1909), état mélancolique avec anxiété et confusion hallucinatoire intense ; mêmes sensations de transformation, mêmes accès de délire onirique avec état affectif particulièrement agréable. Cette malade était fille de père et de mère tuberculeux.

on a signalé souvent l'influence sur l'éclosion de cette affection (comme de toutes les affections bacillaires d'ailleurs) des états anergisants. Or, il est tout au moins curieux de constater que les deux accès de notre malade ont été directement précédés, le premier par une rougeole, le second par une grossesse qui constituent des états anergisants bien établis.

Au point de vue biologique, nous reconnaissons que notre malade ne nous fournit aucune indication. Cependant, ne tenant compte que de l'aspect clinique, nous nous demandons si nous ne sommes pas en droit de former un faisceau homogène des manifestations mentales et physiques disparates qu'elle a présentées.

Pour nous résumer, nous voici en présence d'une malade qui, normale physiquement et mentalement, sans aucune hérédité fâcheuse connue, voit, dans son adolescence, survenir deux crises de dépression à la suite de surmenage. Puis, elle devient rêveuse, romanesque, désadaptée et, à l'occasion de deux états anergisants, présente les deux crises qui, à onze ans d'intervalle, ont nécessité l'internement. Ces deux crises ont été suivies de l'apparition, au moment de la cessation des troubles mentaux, d'un *lupus érythémateux*.

Nous pouvons nous demander si l'évolution cyclique qu'elle a présentée (état anergisant, syndrome psychique, *lupus érythémateux*) sur un fond spécial apparu au cours de l'adolescence (tendance à la rêverie, tendances mystiques, érotiques, romanesques), n'aurait pas en définitive un rapport direct avec une forme de tuberculose particulière. Les notions récentes sur l'ultra-virus et son rôle probable dans certaines affections cutanées nous paraissent ouvrir à ce sujet des horizons nouveaux.

M. Henri BARUK. — L'observation de MM. Leroy, Rubenovitch et Trelles pose la question des rapports de la tuberculose, et de certains troubles mentaux, en particulier de la démence précoce. Si j'ai bien compris, dans ce cas, les troubles mentaux ont disparu au moment de l'apparition du *lupus érythémateux*, et ont reparu durant les phases de rémission de cette manifestation tuberculeuse. Ce fait confirme la notion sur laquelle nous avons insisté M. Claude et moi, du parallélisme dans certaines démences précoces des poussées de troubles mentaux avec les phases de rémission de la lésion tuberculeuse, et au contraire, de la disparition possible et parfois impressionnante des perturbations psychiques en cas de réveil évolutif de la localisation tuberculeuse.

Comment expliquer cette intrication curieuse des poussées

psychiques avec certaines phases florides et torpides de lésions tuberculeuses ? Nous avons, avec mes collaborateurs *Bidermann et Albane*, à l'Asile de Clermont-de-l'Oise, abordé ce problème en étudiant, parmi le très grand nombre de déments précoces tuberculeux qui sont réunis dans cet établissement, les réactions cliniques et biologiques de ces malades. Or, nous avons été frappés, d'une part, de l'évolution très lente des lésions tuberculeuses, évolution contrastant avec une cachexie, une pâleur, des signes généraux impressionnants et longtemps stabilisés. Malgré cette cachexie marquée, ces malades présentent des *réactions allergiques extrêmement accentuées* (cuti-réactions énormes et parfois extrêmement prolongées, réactions de Verne négatives, réactions de Besredka souvent positives). Ces réactions allergiques sont parfois extrêmement intenses, même à la période tout à fait terminale de la maladie.

Il semble donc qu'il existe un certain rapport entre *les réactions allergiques intenses* et *les troubles mentaux* : rappelons d'ailleurs à ce sujet que l'allergie constitue un état de sensibilisation tout à fait particulier, favorable à certaines réactions toxiques, et que certains auteurs rapprochent même de l'anaphylaxie.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur ces recherches cliniques et sur d'autres recherches expérimentales que nous avons actuellement en cours. Les études dirigées d'un autre côté vers la recherche du virus filtrant chez les déments précoces (Toulouse, Valtris et Schiff) ou de la septicémie tuberculeuse (Lowestein) sont d'un très vif intérêt. L'avenir nous montrera peut-être, à côté des nombreuses toxi-infections dont le rôle est déjà connu dans l'étiologie des psychoses, l'importance de la tuberculose dont le mode d'action pathogénique apparaît extrêmement complexe.

M. René CHARPENTIER. — Je rappelle que, depuis de longues années, le Professeur Arturo Donaggio (de Modène) insiste sur la fréquence de la tuberculose dans les antécédents des déments précoces. Si mes souvenirs sont exacts, il a même écrit que la tuberculose est mère de la schizophrénie.

Au point de vue historique, il n'est pas sans intérêt non plus de rappeler que Morel avait déjà signalé l'importance de la phtisie comme facteur étiologique des maladies mentales.

Syndrome de démence précoce chez des sujets ayant présenté des affections organiques du névraxe, par M. L. MARCHAND, M^{me} BONNAFOUX-SÉRIEUX et M. J. ROUART.

Dans une communication antérieure (1), l'un de nous a montré que, dans les encéphales de certains sujets considérés comme des déments précoces, il existait, outre des lésions cellulaires, des altérations vasculaires et méningées de forme inflammatoire et qu'il était justifié, dans de tels cas, de désigner cette forme du nom de démence précoce encéphalitique. Quant à établir la pathogénie soit toxique, soit infectieuse des lésions, il considérait que l'anatomie pathologique ne pouvait en apporter la preuve formelle puisqu'il est admis que des lésions inflammatoires peuvent être déterminées aussi bien par un agent toxique que par un agent virulent. En se basant sur certains faits cliniques, en particulier sur les cas de démence précoce qui débutent au cours de maladies infectieuses, sur ceux dans lesquels les troubles mentaux sont consécutifs à une poliomyélite (L. Marchand et Mareschal, Toulouse et Courtois, Xavier Abély et Masquin, Guiraud et Lelong), à une chorée (Marchand et Petit), à un délire aigu (Paul Abély), à une encéphalite épidémique, il était légitime de penser à une encéphalite de nature infectieuse. Depuis, d'autres cas semblables ont été publiés et, à une récente séance de notre Société, MM. Ey et Lacan nous ont présenté des malades atteints d'états démentiels consécutifs à l'encéphalite épidémique.

Pour continuer cette série, voici sept sujets atteints d'un syndrome de démence précoce qui fut précédé d'une affection organique du névraxe.

Obs. I. — B. René, âgé de 25 ans, entre à l'asile Sainte-Anne, le 24 septembre 1928.

Rien dans les antécédents héréditaires et personnels. Certificat d'études à 14 ans.

À l'âge de 20 ans, il est atteint d'une affection nerveuse caractérisée par une diplopie qui ne dure qu'un jour, de la somnolence, de la céphalée et des douleurs dans les jambes. Cette affection, prise d'abord pour une insolation, est diagnostiquée ensuite *poliomyélite*, parce qu'au bout de quelques jours on constate une parésie du bras gauche et de la jambe droite, avec atrophie musculaire.

Une ponction lombaire aurait alors donné des réactions négatives.

(1) L. MARCHAND. — La démence précoce symptomatique d'encéphalite. *Ann. Méd.-psych.*, 1930.

Dans les mois suivants, il est traité à la Salpêtrière, par l'électricité. Au cours de son traitement, il est appelé au régiment où il est réformé pour atrophie de l'épaule gauche et de la cuisse droite.

De retour chez ses parents, il reprend son traitement électrique quand apparaissent des troubles mentaux graves : il tient des propos incohérents, devient bizarre, a des hallucinations, des accès de colère, des impulsions. Sa famille ne peut le garder et le place dans une maison de santé. Deux mois plus tard, sa famille le reprend, mais, en raison de ses impulsions, elle est obligée de le placer à l'Hôpital Henri-Rousselle, d'où il est transféré à Sainte-Anne. Il est alors âgé de 22 ans. Le certificat d'entrée est ainsi conçu :

« Syndrome schizophrénique. Idées de persécution mal systématiques (on se moque de lui, on le tourmente, on le provoque). Troubles du caractère. Irritabilité. Colères. Instabilité. Propos incohérents, « se ferait couper la tête pour des noms : Caton..., Utique ». Hallucinations auditives probables. Rires discordants. Impulsions et violences envers le personnel infirmier. A la maison, aurait pour suivi sa mère avec une hachette. Encéphalite en 1928. » (Signé : Dr Roger Dupouy).

Une ponction lombaire pratiquée à son entrée a montré de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien (0,50), les autres réactions étant normales. Bordet-Wassermann du sang : négatif.

Actuellement, affaiblissement intellectuel léger, bradypsychie. Inactivité cérébrale et motrice. Pas de négativisme, de catatonie, de gâtisme. Depuis quelques mois, les accès impulsifs semblent s'espacer. Comme séquelle de la poliomyélite, on constate encore une atrophie musculaire siégeant au membre supérieur gauche et au membre inférieur droit, avec diminution des réflexes au membre supérieur droit.

Une ponction lombaire faite récemment a encore montré de l'albuminose (0,60) sans autres modifications du liquide. Bordet-Wassermann négatif.

Obs. II. — Cho..., Pierre, âgé de 19 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 17 janvier 1929.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Accouchement au forceps. Retard dans le développement physique et intellectuel. Cho... a marché et a parlé tard. Enurésie nocturne jusqu'à 8 ans.

Il apprit à lire, à écrire, mais difficilement. A 11 ans, il est pris brusquement de *chorée* ; « mouvements anormaux des deux côtés du corps, tics, grimaces, très grande agitation de jour et de nuit, fièvre, céphalée ». La chorée dure deux à trois mois, mais les mouvements anormaux ne cessent pas complètement, et, à 13 ans, le malade recommence à uriner au lit.

De 14 à 19 ans, il est soigné par des spécialistes : il subit un traitement antispécifique. L'on constate dès cette époque des périodes de mutisme, des accès de rire, des cris, des pleurs.

A l'âge de 19 ans, il est admis à l'Hôpital Henri-Rousselle, puis à

Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Démence précoce sur fond
« d'arriération mentale. Langage rudimentaire. Inertie. Sourires.
« Attitude catatonique. Opposition. Grognements. Aboiements ou
« mutisme. Refus d'aliments. Constipation volontaire. Gâtisme. Exci-
« tation par intervalles. Irritabilité coléreuse rendant impossible son
« maintien dans le milieu familial. » (Signé : D^r Roger Dupouy).

Actuellement, son état peut se résumer ainsi : Inertie et inactivité intellectuelle ; indifférence profonde ; mutisme ou marmottement incompréhensible. Sourires stéréotypés. Tics. Impulsions. Suggestibilité. Pas de gâtisme.

A l'examen, on constate une réflectivité exagérée. Persistance de nombreux mouvements anormaux intéressant principalement les muscles de la face et du cou.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien sont actuellement négatifs.

OBS. III. — Bu..., âgé de 21 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 9 juin 1931.

Ce sujet a été atteint, à l'âge de 2 ans 1/2 de paraplégie complète et de parésie du membre supérieur droit, dont persistent encore de graves séquelles ; le diagnostic de *paralyse infantile* fut alors posé.

Son développement mental se fit assez mal. Il apprit à lire, à écrire et à compter, mais ne put obtenir son certificat d'études. Ses parents essayèrent vainement de lui faire apprendre le métier de tailleur ; il ne put jamais gagner sa vie.

Premier accès mental à l'âge de 18 ans, qui nécessite son admission à l'Hôpital Henri-Rousselle (août 1927). Il est alors considéré comme atteint d'un accès hypomaniaque.

Une ponction lombaire pratiquée à cette époque montre une notable albuminose (albumine : 0,45 ; Pandy et Weichbrodt : 0 ; Leuco. : 0,3 ; benjoin : 00000.22222.00000 ; élixir parégorique : 00-0 ; Bordet-Wassermann —.

L'examen du sang donne un résultat négatif pour les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke.

Bu... sort amélioré deux mois plus tard. Il continue à manifester des troubles du caractère, de l'instabilité mentale et ne travaille pas. Il subit au début de 1929 un traitement spécifique qui est suivi d'ictère, sans amélioration de la paraplégie et de l'état mental. Deux ans plus tard, nouvel accès d'agitation qui nécessite son internement avec le certificat suivant (24 mai 1929) :

« Psychose périodique avec accès délirants d'excitation psycho-
« motrice d'allure hypomaniaque. Déclamation. Chants. Ironie.
« Plaisanteries. Moqueries. Rires. Cris. Propos sans suite. Fabulation.
« Prétend qu'il va épouser une infirmière doctoresse, accoucheuse.
« Turbulence. Impulsions diverses. Projection de ses aliments. Contu-
« sions. Grimaces. Dénudation. Lacération. Paraplégie, séquelle de
« méningo-myélite de l'enfance. » (Signé : D^r Roger Dupouy).

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont de nouveau trouvées négatives. Il reste quelques jours à Ste-Anne, est transféré à Vaucluse, puis à l'asile de Clermont. L'agitation disparaît peu à peu et sa famille le reprend deux mois plus tard.

Au 3^e internement, ce malade est placé dans notre service avec le certificat suivant :

« Syndrome hétérophrénique probable en évolution. Désaffectivité
« filiale. Bradypsychie. Idées de persécution. Anxiété. On veut le
« tuer, accuse une voisine d'être indécente devant lui. On pénètre
« chez lui, on le vole, on dit du mal de lui. Colères. Violences graves.
« A mordu sa mère. Menaces de révoquer. Cachait un fusil sous son
« traversin. Agitation. Lacération. » (Signé : D^r Roger Dupouy).

Un nouvel examen du sang donne encore des réactions négatives.

Au point de vue organique, nous notons l'état suivant : Amyotrophie généralisée des membres inférieurs. Extension et flexion des pieds limitées. Flexion et extension des orteils nulles à gauche, esquissées à droite. Signe de Babinski bilatéral. Réflexes patellaires et achilléens spasmodiques. Phénomènes d'automatisme médullaire. Dans la position debout, les jambes restent fléchies sur les cuisses. Bu... ne peut marcher que soutenu.

On constate, en outre, une diminution de la force musculaire du membre supérieur droit avec exagération des réflexes de ce côté.

Pendant son séjour à l'Asile Sainte-Anne, aucune modification de l'état mental. Ce sujet a été transféré dans un asile de province.

OBS. IV. — H. J..., âgé de 29 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne, le 18 février 1930.

Rien de particulier dans la première enfance. A 7 ans il est atteint de chorée qui persiste plusieurs mois.

A 13 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu compliquée d'endocardite. H. J. a fréquenté l'école jusqu'à 13 ans, mais il n'a pas pu passer le certificat d'études.

Dans la suite, nombreuses crises de rhumatisme articulaire aigu avec localisations cardiaques. La dernière crise a eu lieu il y a deux ans. Depuis, il n'a pas pu reprendre son métier de chauffeur de taxi.

C'est en juillet 1929 que les troubles mentaux ont débuté. Il entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 15 janvier 1930, puis il est interné à l'Asile Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Démence précoce.
« Incapacité de travail. Idées polymorphes de grandeur et de persé-
« cution. (Il est l'homme le plus fort du monde. Son cerveau est le
« génie. Il commande à tous, appelle par ondes la police judiciaire à
« son secours, reçoit les ondes divines par chocs et paroles, proteste
« contre son hospitalisation. Violences contre le personnel infir-
« mier... Tentative de suicide sans conviction dans le service. »
(Signé : Courtois).

Dès son internement, il présente un épisode aigu et, dans un certificat de situation en date du 26 février 1930, notre collègue Capgras

porte le diagnostic de « confusion mentale avec délire aigu... », la « démence précoce n'est pas certaine. Il s'agit, peut-être, d'une encéphalite curable ».

L'examen du liquide céphalo-rachidien et du sang, pratiqué le 28 février 1930, ne donne rien de particulier (albumine : 0,22 ; globulines, Pandy et Weichbrodt : 0 ; leucocytes : 0,6 ; benjoin : 00000.02222.00000 ; élixir parégorique : 00-0 ; Bordet-Wassermann et Meinicke : négatifs ; Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Les mois suivants, les idées délirantes s'atténuent. Il devient mal orienté, complètement inactif et indifférent, discordant, ambivalent, incohérent dans ses propos, agité par moments et impulsif ; puis il tombe dans un état de stupeur avec semi-mutisme, négativisme, anorexie, fièvre légère, amaigrissement et pâleur.

Réflexes vifs et polycinétiques, sans autres signes neurologiques. Double lésion aortique et mitrale. L'auscultation et la radiographie ne décèlent rien de particulier dans les poumons.

On ne signale chez ce sujet aucune hérédité nerveuse, mais ses parents, son frère et sa sœur sont décédés de tuberculose pulmonaire.

OBS. V. — V. F., Henri, âgé de 28 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 12 juillet 1928.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Certificat d'études à 13 ans. Réformé pour faiblesse de constitution.

À 24 ans, il a été atteint d'une affection qui fut d'abord considérée comme « grippe espagnole » ; au cours de celle-ci, il ne présenta ni somnolence, ni diplopie, mais du délire et de la fièvre pendant 40 jours. À cette époque avait lieu, dans toute la région où il habitait, près de la Souterraine, une grave épidémie de poliomyélite, et on supposa plus tard qu'il s'agissait d'une localisation cérébrale de cette affection.

Rien de particulier ensuite. À 28 ans, il commence à avoir des idées de persécution, croit qu'on l'empoisonne, qu'on va le fusiller. Il entre d'abord à l'Hôpital Henri-Rousselle, puis à Ste-Anne avec le certificat suivant :

« Schizophrénie en évolution. Dépression profonde, demi-mutisme, « préoccupations hypocondriaques et syphilophobiques. Indifférence « sexuelle. Actes délictueux dont il s'accuse et dont il a un remords « douloureux. Croit qu'on va le fusiller. Quelques idées de persécution (on lui envoie du chloroforme par le trou de la serrure). « Anxiété, cherche à se sauver, à se détruire. Tremblement. Réactions « humorales négatives dans le sang et le liquide. » (Signé : D^r Roger Dupouy).

Actuellement, c'est un malade qui présente un syndrome catatonique : le corps est ramassé en avant, la tête penchée du côté droit, la physionomie est atone, figée ; les doigts de la main droite sont presque toujours écartés et étendus. Il conserve la même attitude pendant des heures, souvent à genoux, les mains jointes. À noter quelques

gestes stéréotypés, quelques grimaces. Indifférence émotionnelle. L'affaiblissement intellectuel n'est pas très marqué. Orientation conservée. A l'interrogatoire, très rares réponses ; le plus souvent, mutisme ou marmottement incompréhensible ou répétition de mots sans rapport avec la question. Pas de négativisme, de conservation des attitudes, de gâtisme.

Réflexes vifs ; tremblement des extrémités et de la langue. Troubles vaso-moteurs. L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien est négatif.

Obs. VI. — R. V., âgé de 28 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 28 février 1921.

Ce sujet fut atteint, quinze jours après sa naissance, d'érysipèle de la face au cours duquel il fut pris de *convulsions*. Celles-ci se renouvelèrent dans la suite plusieurs fois par jour. L'accès survenait brusquement, était caractérisé par de la pâleur de la face, la fixité du regard et quelques mouvements convulsifs généralisés. Sa durée n'était que de quelques minutes. D'abord très nombreuses, les crises s'espacèrent progressivement et elles disparurent complètement à sept mois.

Rien de particulier dans la suite. L'enfant resta très impressionnable, mais il se développa normalement.

Les premiers troubles mentaux débutèrent au régiment, à l'âge de 21 ans, par une crise brusque d'agitation, accompagnée de vomissements. Réformé pour troubles mentaux, il rentra dans sa famille, reprit ses occupations d'une façon défectueuse et présenta des troubles graves du caractère.

A 23 ans, aggravation de l'état mental, apparition d'idées mystiques, fugues, réactions violentes, phénomènes de dédoublement de la personnalité ; R. V. se livra à des actes de mortification avec coprophagie.

Placé à 24 ans à l'asile de Clermont, puis à celui de Bonneval, il est interné à 28 ans à Sainte-Anne, avec le certificat suivant :

« Idées mystiques avec invocations variées... Idées de vols dans lesquels il était impliqué à tort ; toute vie active est devenue impossible. Cet état mental s'accompagne de temps à autre de crises d'excitation assez courtes avec cris, appels variés et bris d'objets, menaces à un personnage imaginaire... Ce malade semble atteint de « démence précoce. »

Actuellement, R. V. présente un syndrome catatonique très net. On le trouve pelotonné dans son lit, se couvrant entièrement de ses couvertures, la tête repliée sur un cahier qu'il remplit de petits points et de mots stéréotypés et microscopiques. Il garde cette position pendant des heures, ne l'abandonnant même pas toujours pour dormir. Il s'oppose par un négativisme hostile à toute tentative d'examen et de mobilisation passive en poussant des cris d'enfant. Pendant de courtes périodes, relâchement passager des attitudes avec passivité et catatonie.

L'affectivité est très diminuée. Indifférence.

R. V. est très malpropre ; il recueille ses matières dans ses mains, les malaxe et les dépose soit sur sa table de nuit, soit dans son assiette.

Affaiblissement intellectuel profond : les notions scolaires sont effacées ; l'activité cérébrale est nulle.

Aucun signe neurologique. Pas d'antécédent névropathique dans la famille.

Obs. VII. — G... Joseph, âgé de 31 ans, entre à l'asile Ste-Anne le 4 novembre 1930.

A l'âge de 7 mois, il présenta des *convulsions subintrantes* « pendant deux à trois jours », dit sa mère ; le médecin craignait une méningite. Par la suite, accès de colère fréquents jusqu'à l'âge de 5 à 6 ans. Son développement physique et intellectuel se fit ensuite normalement ; certificat d'études à 11 ans. Service militaire à 21 ans.

Il y a un an et demi, le malade étant alors âgé de 29 ans, début des troubles mentaux : hallucinations et frayeurs ; anxiété, cauchemars ; quelque temps après, abandon brusque de son travail.

Sa famille le place alors dans une maison de santé, essaie à plusieurs reprises de le garder ; il est enfin transféré à Ste-Anne avec le certificat suivant :

« Troubles intellectuels ; idées de persécution dirigées contre sa famille avec, par moments, des réactions coléreuses. Réticences. » Apathie. Indifférence partielle. Stéréotypies. » (Signé : Tarius).

Actuellement, c'est un malade dont l'activité cérébrale est réduite ; indifférence ; apathie. Affaiblissement intellectuel peu accusé. Sourires stéréotypés, faciès atone, avec contraction des frontaux. Tremblement accusé de la langue. Les réflexes sont vifs. Pas d'autres signes neurologiques.

Réactions négatives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Ces cas peuvent être divisés en trois groupes : dans le premier, l'affection mentale a fait suite immédiatement à la maladie nerveuse organique. Dans un cas (obs. I), les troubles psychiques sont apparus après une poliomyélite ; dans un autre (Obs. II), après une chorée. Dans un deuxième groupe, un intervalle assez long s'est écoulé entre la maladie nerveuse organique et les troubles mentaux, mais l'une et l'autre affection ont été reliées par des phénomènes particuliers, soit mentaux, soit infectieux. Notre troisième observation entre dans ce groupe : le sujet, atteint de méningo-myélite à deux ans et demi, a présenté ensuite un développement intellectuel anormal avec instabilité et ce n'est qu'à 18 ans que les symptômes psychiques ont débuté. Dans notre quatrième observation, entre la chorée qui eut lieu

à 7 ans et les troubles mentaux qui n'apparurent qu'à 28 ans, le sujet fut atteint d'une série de crises de rhumatisme aigu. Enfin, dans un troisième groupe, la maladie mentale n'est survenue que longtemps après l'affection nerveuse organique, en l'espèce, une encéphalite (Obs. V) et des états méningés (Obs. VI et VII). Dans l'intervalle, les sujets ont eu un comportement normal.

En ce qui concerne les deux premiers groupes, il semble que l'on puisse admettre que la maladie nerveuse organique et le syndrome mental sont dus à la même cause pathogène. Une certaine hésitation est justifiée pour les cas du troisième groupe. On peut, en effet, considérer qu'il n'y a, entre les deux affections, nerveuse et mentale, aucune relation, et que la première n'a fait que préparer le terrain à la seconde. On peut aussi admettre que la maladie nerveuse a paru guérir, mais, qu'en réalité, l'agent causal étant resté à l'état latent, il a pu reprendre plus tard son action sous l'influence de causes qui nous échappent. Pour notre part, les longues rémissions que nous observons au cours de maladies nerveuses infectieuses comme l'encéphalite épidémique et la paralysie générale, nous porteraient plutôt à adopter la deuxième hypothèse.

M. Roger DUPOUY. — Certains des malades ainsi présentés, justifient la conception d'une démence précoce à évolution discontinue, démence qui s'installe par étapes ou accès espacés à de nombreuses années de distance. Ces accès au début sont pris soit pour de la psychose maniaque dépressive, soit pour de la confusion, soit pour des bouffées délirantes curables. Au fur et à mesure qu'ils se succèdent, les éléments démentiels : stéréotypies, négativisme, etc., s'ajoutent chaque fois plus nombreux aux signes maniaco-dépressifs ou aux signes confusionnels, ou aux signes délirants.

Les réflexes végétatifs chez les catatoniques, fréquence des réactions semblables à celles du sommeil, par MM. J. TINEL et H. BARUK.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter ici une « formule végétative » des états catatoniques. Ce serait d'autant plus difficile que nous devons au contraire déclarer qu'il n'existe pas de formule constante dans les réflexes végétatifs des catatoniques. Nous avons rencontré en effet tous les modes possibles d'équilibre végétatif, hyper ou hypotonies vagales comme hyper et hypotonies sympathiques. Il nous semble donc que la catatonie chez nos

malades peut se superposer à des états d'équilibre végétatif très différents et n'est aucunement sous la dépendance de l'un d'entre eux.

Mais ceci posé, nous devons cependant signaler que nous avons rencontré avec une fréquence toute particulière chez les catatoniques, un état végétatif assez anormal.

Il est en effet caractérisé chez ces malades :

a) par la *lenteur du pouls* que nous avons très souvent trouvé au dessous de 60, à 56, 54, et même 48 et 50 pulsations par minute ;

b) par l'*hypotension artérielle* ; cette hypotension porte à la fois sur la *maxima* qui peut s'abaisser, même chez des sujets vigoureux, à 12, 11, 10 et parfois au dessous de 10. Mais elle porte aussi sur la *minima* qui s'abaisse souvent plus encore, à 6, 5, 4, témoignant ainsi d'une vaso-dilatation périphérique, ou plus exactement d'une hypotonie marquée des systèmes artérioliques et capillaires ;

c) cette lenteur du pouls et cette hypotension globale ont comme corollaire une *amplitude souvent considérable des battements artériels*. Et cette amplitude ne s'observe pas seulement à l'humérale, mais se constate aussi, ce qui est beaucoup plus caractéristique, à la radiale qui peut battre vraiment avec l'ampleur d'une artère humérale ;

d) à ces symptômes d'hypotonie vasculaire périphérique qui traduit une diminution du tonus sympathique et une libération relative de l'activité vagale, se superposent assez régulièrement une *diminution considérable du réflexe solaire* et une *augmentation notable du réflexe oculo-cardiaque*.

Telle est la formule que nous avons rencontrée chez nos malades avec une fréquence vraiment singulière et qui évoque l'impression d'un *état végétatif spécial, assez voisin en somme de celui du sommeil*. Il y a évidemment bien des formes de sommeil, et dans le sommeil d'un même individu bien des phases différentes, phases sympathico-toniques ou phases de vagotonie relative. Mais cette formule spéciale : ralentissement du pouls, amplitude des battements, abaissement des tensions maxima et minima, vaso-dilatation périphérique, hypotonie sympathique traduite par la diminution du R. solaire, avec libération et renforcement relatif de l'activité vagale ; c'est essentiellement la formule du sommeil profond qui se fait presque toujours en état d'hypervagotonie relative.

Et l'impression qui se dégage de l'étude des réflexes pris ainsi

chez nos malades en état de catatonie, c'est qu'ils sont à ce moment, au point de vue végétatif, dans un état assez voisin du sommeil profond vagotonique.

*
**

La formule végétative dont nous signalons ici la fréquence est vraiment singulière et même assez paradoxale, puisqu'elle nous montre, pour ainsi dire, des réactions de sommeil chez des sujets qui ne dorment pas et ne sont pas en résolution, mais qui, au contraire, dans leur immobilité, font preuve d'une conservation remarquable de leur activité musculaire ; nous en avons comme preuves les persévérations posturales indéfinies, les stéréotypies motrices, l'oreiller psychique, la conservation des attitudes qui s'associe du reste aussi bien à la flexibilité cireuse qu'à l'opposition psycho-motrice.

Mais si cette formule, par son caractère paradoxal même, est assez caractéristique des états catatoniques, il faut reconnaître cependant d'une part qu'elle se rencontre dans d'autres syndromes mentaux, et d'autre part qu'elle n'est pas constante dans la catatonie.

Nous retrouvons en effet, en dehors du sommeil, une formule à peu près identique dans beaucoup d'états de stupeur, stupeur commotionnelle, stupeur confusionnelle, stupeur mélancolique même à condition toutefois que l'état anxieux ait à peu près disparu. On pourrait presque dire qu'elle traduit chez nos malades le certain degré de stupeur qui s'associe si souvent à la catatonie.

Mais d'autre part, malgré sa fréquence, ce syndrome végétatif est chez les catatoniques absolument inconstant. Il est surtout, même chez les malades qui le présentent le plus nettement, extrêmement instable, pouvant se modifier complètement d'un moment à l'autre, sans que se trouve modifié du reste l'état catatonique qu'il accompagnait.

Il suffit souvent en effet de la moindre excitation, de la moindre émotion, pour le faire disparaître. Pour le trouver chez ces malades, il faut même le rechercher dans des conditions toutes spéciales de repos complet et d'absence de toute émotion. Les sujets se montrent en effet presque tous d'une émotivité extrême. La moindre émotion chez eux provoque immédiatement des réactions inverses, une accélération considérable du pouls qui peut aller parfois jusqu'à 110, 120, 140 même à la minute ; une forte élévation tensionnelle, l'exagération du réflexe solaire et l'atténuation ou la disparition du R. O. C.

Et, au cours de ces réactions émotives excessives, on peut remarquer même que, loin de s'atténuer, l'état catatonique s'accroît le plus souvent, réalisant d'une façon remarquable, sous l'influence de la moindre émotion, un véritable *blocage psychomoteur*.

C'est pourquoi nous disions tout à l'heure, en décrivant cette formule végétative, qu'elle *accompagne souvent l'état catatonique, mais qu'elle ne le conditionne certainement pas*.

Elle l'accompagne très souvent à l'état de repos, dans la demi-stupeur où ces malades se trouvent alors presque toujours ; elle disparaît au contraire dès que, sous l'influence d'une excitation quelconque, le malade sort de la *stupeur catatonique* pour entrer dans l'état *d'activité catatonique*. Dans les deux cas du reste la réaction est également anormale, excessive, profondément déséquilibrée.

La catatonie est donc tout autre chose qu'une perturbation de l'équilibre vago-sympathique ; elle est indépendante des variations même de cet équilibre.

Mais il faut retenir le fait qu'elle s'accompagne très souvent de perturbations profondes de cet équilibre végétatif, perturbations qui peuvent passer rapidement d'un état de ralentissement sympathique semblable à celui du sommeil à un état d'hypertonie sympathique comparable à celui des grands états émotifs.

Nous avons du reste attiré déjà l'attention sur la fréquence chez ces malades, soit des états d'inertie vaso-motrice se traduisant par la cyanose posturale des extrémités, soit, en d'autres cas, d'exagération anormale de la raie vaso-motrice.

Nous constatons ainsi qu'au trouble profond de la régulation psycho-motrice qui caractérise la catatonie, s'associent très souvent chez ces malades des troubles non moins profonds de la régulation végétative.

La coexistence fréquemment observée de ces deux ordres de troubles, tous deux évidemment sous la dépendance d'une même cause, nous paraît à retenir comme un argument de plus en faveur de la nature profondément organique, c'est-à-dire matérielle et physiologique, de la catatonie.

M. Henri BARUK. — Les troubles végétatifs que vient de vous exposer M. Tinel dans la catatonie, sont à rapprocher de toute une série d'autres manifestations qui établissent une parenté entre l'état catatonique et le sommeil, en particulier les *modifications des courbes ergographiques* sur lesquelles nous avons insisté récemment avec MM. Claude et Porak, et les perturbations impor-

tantes de la *chronaxie vestibulaire* que nous venons d'étudier avec Bourguignon et que nous vous exposerons dans une prochaine séance. Qu'il s'agisse des troubles végétatifs, des perturbations ergographiques, ou chronaxiques, tous ces troubles physiologiques sont *exactement parallèles aux phases de stupeur et d'hypertonie, et disparaissent avec le réveil du malade.*

Ces faits sont à rapprocher des données expérimentales obtenues avec de Jong au moyen de la bulbocapnine, et qui montrent une gamme de stades allant du sommeil à la catalepsie, puis au négativisme et aux hyperkinésies, stades réalisés par des doses progressives de bulbocapnine.

Sans doute, il ne s'agit pas de superposer le sommeil vrai, et l'état catatonique, ces deux états présentant des différences cliniques évidentes, mais dans les deux cas il s'agit de processus d'intensité variable réalisant une *gamme d'états d'inhibition des fonctions cérébrales.*

J'insiste enfin sur les relations du sommeil cataleptique, et de la stupeur avec les *réactions émotives* : celles-ci sont très nettement augmentées à la suite du sommeil cataleptique ; nous avons insisté sur ces faits en clinique avec Mme Jankowska, et chez l'animal intoxiqué le fait est également très frappant comme nous l'avons montré avec de Jong. En pareil cas, l'intensité des réactions émotives et végétatives des catatoniques, dont M. Tinel vient de vous présenter divers exemples, doit être interprétée comme la conséquence et non la cause des perturbations cérébrales.

M. Roger DUPOUY. — Quels caractères distinctifs prennent ces troubles végétatifs dans la démence précoce, le parkinsonisme et la stupeur mélancolique ?

M. TINEL. — Dans la mélancolie, ils ne sont pas si purs car ils sont masqués par l'anxiété. Dans le parkinsonisme, l'atonie végétative n'est pas aussi intense que dans la catatonie. Mais je le répète, ces perturbations n'ont rien de pathognomonique. Elles peuvent exister dans les états mentaux les plus divers.

M. NACHT. — Si ces perturbations n'existent pas dans toutes les formes de la catatonie, si on les rencontre dans des psychoses comme la mélancolie où il n'y a pas de lésion organique et même pendant le sommeil des gens normaux, on n'est pas en droit d'affirmer que la maladie où on les trouve n'est pas d'origine psychogène. Par conséquent, quand le sujet a eu un passé d'émotivité extrême, on peut admettre que son affectivité a été ébranlée et que cet ébranlement a joué un rôle étiologique dans leur production.

M. Henri BARUK. — M. Nacht semble croire que toute réaction émotive doit impliquer fatalement une cause uniquement psychologique ou affective. Il semble oublier qu'il y a toute une autre variété de *réactions émotives liées à l'atteinte du système nerveux*. L'étude des maladies organiques du système nerveux, surtout à leur phase initiale (encéphalite léthargique, parkinson, paralysie générale, etc...), nous en offre de nombreux exemples. En pareil cas, par suite de l'atteinte organique, le *seuil des réactions émotives est abaissé*, et ces réactions se produisent à propos de l'incident le plus minime et même indépendamment d'un état affectif proportionnel. Mon ami de Jong a démontré, d'une façon extrêmement nette, l'importance de cet abaissement du seuil des réactions émotives dans la genèse du tremblement parkinsonien. Les réactions émotives de la catatonie, malgré certaines différences, sont cependant d'un ordre un peu analogue, et traduisent, surtout comme dans les diverses affections organiques que je viens de citer, un *trouble du contrôle des réactions*.

M. COURBON. — Puisque les réflexes de la vie végétative ne permettent pas de diagnostiquer la maladie, c'est à l'examen psychologique et non à l'examen physique qu'il faut s'adresser pour faire le diagnostic. Dans les stupeurs catatoniques démentielles, il y a atteinte de l'affectivité, c'est-à-dire, il y a indifférence. Dans les stupeurs mélancoliques, confusionnelles, démentielles, il n'y a pas atteintes de l'affectivité. Mais dans les unes et les autres, il peut y avoir exagération de l'émotivité.

Il faut en effet distinguer l'affectivité ou capacité de sentir les excitations, de l'émotivité ou façon de réagir d'une façon diffuse (par des cris, des pleurs, des rires, du tremblement, des colères, du désordre dans les idées, des palpitations, des sueurs, des troubles vaso-moteurs) aux excitations. Un dément peut réagir par la même diffusion qu'un émotif non psychopathe. Si émotivité et affectivité étaient la même chose, le sage, décrit dans l'adage latin : « *impavidum ferient ruinæ sapientem* », serait l'indifférent, donc le dément.

En réalité, le sage impavide est l'affectif inémotionnable qui ne s'affole pas devant les excitations, même quand elles l'affectent intensément.

M. Henri CLAUDE. — La très grande variété des réactions végétatives permet difficilement de considérer les tests concernant l'appareil sympathique, comme ayant une valeur au point de vue diagnostique et pronostique dans les affections mentales, et notamment dans les différentes formes de démence précoce.

Lors du travail que j'ai fait autrefois avec Santenoise, j'avais eu l'impression que suivant la période dans laquelle se trouvaient certains des malades atteints de démence précoce, on pouvait, de l'étude du réflexe solaire et du réflexe oculo-cardiaque, formuler certaines conclusions. J'ai examiné, depuis, un grand nombre de ces malades et j'ai acquis la conviction qu'aussi bien dans l'étude de ces réflexes que des actions pharmaco-dynamiques et même de l'étude du réflexe pilo-moteur, on ne pouvait pas tirer de règles générales. Les réactions de ces malades vont à l'encontre le plus souvent de toutes les prévisions.

Une des malades auxquelles a fait allusion M. Tinel qui est depuis longtemps sous l'influence d'injections d'adrénaline, a néanmoins un réflexe oculo-cardiaque tellement prononcé que l'on ne peut maintenir quelques secondes la compression oculaire.

Je crois donc qu'il faut encore, à l'heure actuelle, être très réservé sur la valeur des prétendus tests permettant d'apprécier l'état fonctionnel du système neuro-végétatif et surtout d'en tirer des indications diagnostiques et pronostiques dans les maladies mentales.

Délire de négation chez un tabétique amaurotique. Syndrome humoral paralytique, par MM. A. COURTOIS et J. BOREL.

(Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle. Médecin-Directeur : Dr Toulouse).

On admet habituellement que l'amaurose survenant chez un tabétique le protège contre les complications sensitives et motrices de son affection et aussi contre les complications cérébrales. On a même pu écrire (Bénédict) que le tabès avec cécité comportait un pronostic très favorable. L'observation suivante à rapprocher d'une autre publiée antérieurement par l'un de nous avec Pichard et Rubinovitch confirme encore l'opinion de Léri et montre que l'extension au cerveau du processus inflammatoire n'est pas exceptionnelle en cas de tabès avec cécité.

Av. Louis, n° 42.253, entre au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle le 24 novembre 1931, avec le diagnostic de tabès et cécité, idées de négation. C'est un homme de 60 ans, ancien employé du gaz, dont nous ignorons les antécédents. Il a eu trois filles ; deux sont bien portantes. L'aînée est morte à l'âge de 27 ans de congestion pulmonaire. Sa femme, bien portante, n'a pas présenté de fausse couche.

Début clinique de l'affection actuelle il y a 5 ans par des troubles de la vision : perte de l'œil droit. Le tabès fut reconnu à l'époque et

traité depuis. Deux ans plus tard, cécité de l'œil gauche. Actuellement l'amaurose est complète, le malade ne voit pas la lumière. Pendant ces 5 années, minimum de troubles sensitifs, pas de troubles moteurs.

Il y a 3 mois, apparition des troubles mentaux, sous forme d'idées délirantes de nature dépressive et de thème hypocondriaque. Il se croyait atteint de toutes sortes de maladies, avait une congestion pulmonaire, une pleurésie ; ses jambes enflaient, il étouffait ; il avait mal au ventre, à la gorge, etc. Ultérieurement, surviennent quelques idées de persécution, des craintes d'empoisonnement. Bientôt il accuse sa femme de lui présenter des aliments empoisonnés.

A son entrée dans le service, les idées de persécution sont vagues, « on l'étouffe, on l'empoisonne ». Le thème hypocondriaque prédomine, « le pus coule dans sa bouche et tombe dans le ventre. Sa vessie est éclatée, l'intestin bouché. Il va mourir ». Rapidement un syndrome de Cotard s'organise : « il est mort ; il est mort depuis quatre jours. Qu'on aille chercher le commissaire pour constater le décès ».

Pendant les premiers jours de son hospitalisation, le malade se plaint, d'une façon stéréotypée, sur un ton geignant et monotone. Son humeur, habituellement triste, présente des alternatives d'indifférence et de subanxiété.

Puis des idées de ruine, de préjudice, d'empoisonnement et de mort se succèdent, sans cohésion et souvent absurdes. « Je n'ai rien à vous dire, Monsieur le docteur. Vous connaissez mieux que moi les ruses et les horreurs qu'on a commises. Vous m'avez dévalisé complètement, il y a 5 jours, vous comme les autres. On a tout pris chez moi et ma carte de combattant dans mon portefeuille. J'étais sans défense et ma pauvre femme aussi. Contre de pareils gaillards, qui sont entraînés de longue date à forger la cruauté, rien ne résiste. Je n'ai pas mangé depuis plusieurs jours. Tout ce qu'on me donne est empoisonné. L'autre jour le pâté contenait de la mort aux rats ; je l'ai deviné à l'odeur fade. La nuit dernière, vous êtes venu, je vous reconnais bien à votre voix, comme je vous ai entendu chez moi. Deux infirmiers voulaient me faire avaler quelque chose ; j'ai craché. Malheureusement j'en ai avalé un peu et je n'en ai plus pour longtemps. Ce matin encore le café était empoisonné ! Je suis mort maintenant. » Pendant 3 jours, réticence absolue et refus d'aliments total. Ultérieurement surviennent des idées de grandeur, à thème de richesse : « il a des millions chez lui. On en a volé. Les placards renferment des caisses de billets, il y en a des sacs pleins, le filet à provisions est rempli de liasses ».

L'examen du fond mental est très difficile en raison de l'opposition du malade et de son mutisme fréquent. S'il n'existe pas de gros déficit, il y a cependant un certain degré d'affaiblissement intellectuel ; une difficulté d'évocation, dont le malade a lui-même conscience, et sans doute pour une part liée à la bradypsychie dépressive. Il est orienté dans le temps, faisant une série de calculs exacts à partir d'une date

donnée pour retrouver la date actuelle. Les souvenirs de la guerre sont dans les grandes lignes conservés.

Examen physique. — Pupilles en dilatation moyenne, légèrement irrégulières et inégales, rigidité complète. L'acuité visuelle est nulle à droite et à gauche ; le malade ne distingue pas le jour de la nuit. Le fond d'œil montre une atrophie optique du type tabétique. Strabisme externe de l'œil droit. Léger ptosis bilatéral.

Les réflexes tendineux sont abolis aux membres inférieurs ; ils existent aux membres supérieurs. Pas d'ataxie. Pas de troubles de la sensibilité subjective. L'examen de la sensibilité objective est impossible en raison de l'état mental du sujet. Tremblement irrégulier des doigts. La langue présente une instabilité motrice et parfois des mouvements de trombone. Pas de dysarthrie spontanée appréciable, on ne peut la rechercher aux mots d'épreuve.

L'état général est médiocre, aggravé du fait du refus d'aliments. Le malade est pâle, amaigri, fatigué ; la langue sèche.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Tension artérielle : 15-8 au Pachon. Urée du sang : 0,26. Bordet-Wassermann : +. Meinicke : partiellement +. Kahn : ++.

Liquide céphalo-rachidien : tension : 55. Albumine : 0,45. Pandy : +. Weichbrodt : +. Lympho. : 10. Benjoin : 22220.22222.20000. Bordet-Wassermann et Meinicke positifs.

Malgré l'opinion de Charcot, qui considérait l'amaurose tabétique comme presque toujours prodromique d'ataxie, on admet depuis Bénédict, dont l'opinion fut confirmée par Déjerine, que la cécité s'oppose en quelque sorte à l'évolution du tabès. Mais si le tabès-cécité s'accompagne rarement de troubles sensitifs et moteurs — et tel est bien le cas de notre malade, — les troubles mentaux n'y sont pas rares. La discussion de leur classification et de leur genèse reste toujours ouverte.

D'après Léri, ils consistent en délires mal systématisés de forme hypochondriaque, avec idées de persécution et d'empoisonnement et assez souvent idées de négation. Ils dériveraient des sensations douloureuses qui assiègent le malade, et des phénomènes visuels subjectifs, dus à l'irritation des nerfs optiques. Le délire naîtrait à un moment de l'évolution de la cécité où persistent encore des impressions lumineuses, mais où toute vision distincte a disparu. Il diminue et disparaît quand la sclérose optique est totale. Les phénomènes visuels n'ont pas été observés chez notre malade, ni phosphènes, ni hallucinose. D'autre part, le délire à teinte dépressive avec idées hypochondriaques et de négation est apparu plusieurs années après la cécité complète.

L'état d'affaiblissement intellectuel de notre malade serait-il rattachable à cette forme de démence lente et progressive, dont

parle Léri, qui ressemble à la démence sénile et serait indépendante de la paralysie générale ?

Il est certain que les idées délirantes de notre malade empruntent au fond sénile une partie de leurs caractères. Comme l'a signalé M. Séglas, les idées de persécution et d'empoisonnement, de préjudice et de vol, les idées hypocondriaques, mal systématisées, assez mobiles, se présentant par épisodes, avec une note marquée d'incohésion et d'absurdité, sont particulières aux séniles. Les idées de négation elles-mêmes ne sont pas rares chez le vieillard, « qu'elles soient liées à un accès de mélancolie anxieuse tardive ou qu'elles soient simplement épisodiques et secondaires à l'affaiblissement sénile des facultés. Krafft-Ebing et Kræpelin ont signalé des faits de ce genre » (Séglas).

Les idées de négation ont occupé le premier plan du délire pendant les premiers jours de notre observation. « Je suis mort, depuis 4 jours. » Elles sont revenues épisodiquement, coexistant chaque fois avec un état anxieux.

Après les idées de négation vinrent des idées de grandeur, de richesse, immenses et absurdes, millions cachés dans la chambre, caisses de billets dans les placards. Et ces idées de grandeur semblent bien devoir faire admettre l'existence d'une méningo-encéphalite diffuse et c'est à elle que nous avons tendance à rapporter les symptômes actuellement observés. En effet, la paralysie générale est de l'avis général, responsable de la grande majorité des troubles mentaux au cours du tabès. Quand elle survient chez un tabétique, elle reste fruste ; de même que le tabès survenant chez un paralytique, ne donne lieu qu'à des signes discrets. Elle ne produit qu'une baisse lente et progressive de l'intelligence ; elle permet la longue conservation d'une certaine personnalité. Cette évolution, lentement dementielle, permet l'apparition de délires variés.

C'est le cas chez notre malade, affaibli, sans déficit grossier ni global. Sur ce fond d'affaiblissement intellectuel relatif, les idées de richesse plaident en faveur du processus paralytique. Les idées de négation également. Baillarger les a signalées en 1861 ; il les regardait même comme un signe précurseur et presque pathognomonique de paralysie générale.

Enfin la formule du liquide céphalo-rachidien témoigne d'un processus actif de méningite. Un tabès, fixé au point de vue spinal, ne s'étant manifesté depuis l'amaurose par presque aucun trouble sensitif ou moteur, ne donnerait pas cette formule. Celle présentée par notre malade est au contraire fréquemment observée chez des paralytiques généraux dont la syphilis est traitée comme chez Av., depuis plusieurs années.

Enfin, le fait sur lequel nous désirons insister à nouveau, c'est que — à l'inverse de l'opinion classique — la cécité survenue chez un tabétique ne le protège pas toujours contre les complications nerveuses de son affection syphilitique. En deux ans, nous avons observé à l'hôpital Henri-Rousselle six tabétiques avec amaurose chez qui nous avons vu survenir un syndrome paralytique (1). Le détail des observations, dont une anatomo-clinique, fera l'objet d'un travail ultérieur, en collaboration avec H. Pichard et P. Rubénovitch.

Ces faits infirment-ils l'opinion classique basée sur des observations précises ? Nous ne le croyons pas absolument, car depuis ce moment un facteur important est intervenu, les traitements nouveaux de la syphilis. Leur impuissance à arrêter l'évolution d'une complication nerveuse paraît maintenant généralement admise. Nous nous demandons jusqu'à quel point leur mise en œuvre n'aggrave pas dans certains cas le pronostic du tabès avec cécité, considéré, il y a trente ans encore, comme une forme très favorable de tabès.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTHEAUME et ISCOVESCO. — *Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le tabes*. Prix Esquirol, avril 1895.
- COTARD. — *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*, Baillière, 1891.
- COURTOIS, PICHARD et RUBÉNOVITCH. — Délire paranoïde chez un Arabe et Paralyse générale avec tabes amaurotique. *Soc. clin. de Méd. mentale*, 16 juin 1930.
- DÉJERINE et A. THOMAS. — Les maladies de la moëlle épinière, in *Traité Brouardel et Gilbert*.
- JOFFROY. — De la Paralyse générale à forme tabétique. *Congrès des Alién. et Neur.*, Clermont-Ferrand, 1894.
- A. LÉRI. — Les troubles mentaux du tabes-cécité. *Encéphale*, 1913, tome II.
- PIERRET. — Rapports de la Paralyse générale et du tabes. *Congrès de Blois*, 1892.
- SÉGLAS. — *Leçons cliniques de la Salpêtrière*, Asselin et Houzeau, 1895.
- TRUELLE. — Les troubles mentaux dans le tabes. *Ann. Méd.-psych.*, janv.-avril 1910.

M. Roger DUPOUY. — C'est à la paralysie générale concomitante que l'on doit rattacher le syndrome de Cotard de la plupart des tabétiques. Mais dans l'immense majorité des cas d'associations tabo-paralytique, la paralysie générale est discrète, avec peu ou point des signes neurologiques qui lui appartiennent en propre, et évolue très lentement.

(1) Le malade est décédé depuis la présentation. Son cerveau présente les lésions macroscopiques de la paralysie générale.

**Bactériologie dans le délire aigu,
par MM. Xavier ABÉLY et COULÉON.**

Le délire aigu dont nous présentons l'observation est classique dans son aspect clinique. L'intérêt du cas réside dans sa pathogénie dont le caractère toxi-infectieux paraît extrêmement probable, puisque nous avons trouvé dans le cerveau même, des microbes d'un type spécial, apportés par la circulation cérébrale.

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 24 ans, dont la mère est inter-née et qui avait présenté elle-même à l'âge de 16 ans et de 19 ans deux accès maniaques. La maladie actuelle avait débuté une quinzaine de jours auparavant, lorsque la malade est entrée dans mon service, avec le certificat suivant : « Présente un état d'excitation maniaque avec désordre des idées et des actes, loquacité, déclama-tion, alternatives de colère et de rire, insomnies, réflexes rotuliens exagérés ; déjà traitée. » (Signé : D^r Simon). D'après les renseigne-ments, l'accès avait débuté par une phase de dépression avec tenta-tive d'empoisonnement. A son entrée, la malade présentait un état maniaque typique, avec fuite des idées, ironie, érotisme, euphorie, agitation motrice. Cependant nous notons le lendemain une certaine désorientation dans le temps et dans l'espace et une température de 38°4. Les deux jours suivants, la température se maintient aux envi-rons de 39, l'agitation persiste et des hallucinations auditives appa-raissent. La malade, déjà amaigrie, paraît fatiguée, le pouls est à 110, on constate un peu de diarrhée, mais les selles sont peu fréquentes. Le foie et la rate paraissent normaux, il n'y a pas de gargouillements dans la fosse iliaque. Le séro-diagnostic pratiqué alors est d'ailleurs négatif. Il n'y a pas de signes méningés, pas de signes neurologiques appréciables, sauf l'exagération des réflexes tendineux. Ni albumine ni sucre dans les urines. Pas de symptômes pulmonaires. Réactions de Wassermann et de Meinicke négatives.

Le jour suivant, changement considérable du tableau clinique, l'agitation redouble d'intensité ; elle est cette fois de type nettement onirique ; l'insomnie est totale. Les propos sont incohérents, la ma-lade crache sur ceux qui l'approchent, il est impossible de l'alimen-ter, les essais d'alimentation provoquent des nausées et même des vomissements ; les selles sont toujours diarrhéiques ; les urines sont rares et albumineuses ; la malade est gâteuse. En même temps, la température s'élève à 40°. Cet état se maintient pendant 3 jours, la température s'élève jusqu'à 40°6, le pouls est à 130, on ne constate toujours aucun signe d'infection organique localisée. Malgré le traite-ment institué (bains froids, urotropine, sérum, électrargol, toni-car-diaques), la malade meurt au troisième jour, de syncope, dans un état ataxo-adyynamique. L'agitation n'a cependant cessé que quelques heures avant la mort. Nous n'avons pu malheureusement faire ni

hémoculture, ni rachi-culture. Dans l'attente d'un milieu de culture, qui devait nous être apporté, nous avons remis au lendemain la prise de sang et la ponction lombaire ; le lendemain la malade était morte.

A l'autopsie, on note l'hyperhémie des méninges et un aspect congestif généralisé du cerveau. Il n'y a pas de lésion macroscopique des autres organes, le cœur est mou, sans lésion valvulaire, les poumons légèrement emphysémateux, le foie pèse 1.120 grammes, la rate 60 gr. Seuls les reins paraissent présenter quelques lésions.



Locus Niger

M. GUIRAUD a bien voulu faire l'étude microscopique du cas par la méthode de Nissl.

Dans le cerveau, les lésions sont surtout localisées à l'écorce ; elles portent sur les cellules nerveuses touchées en très grand nombre ; ces cellules sont floues, présentent une nette chromatolyse ; on note la pycnose des noyaux. Il n'y a pas d'infiltrations périvasculaires.

Au niveau du cervelet, légère atteinte des cellules de Purkinge dont certaines sont devenues globuleuses.

Au niveau du bulbe, chromatolyse légère des noyaux de l'hypo-

glosse ; lésion plus marquée de l'olive bulbaire dont les cellules déformées présentent de la chromatolyse et de la dégénérescence lipoïde. Autour du 4^e ventricule, prolifération de la microglie.

En somme, ce qui domine, ce sont des lésions d'intoxication des cellules nerveuses, au niveau de l'écorce surtout, et accessoirement de l'olive bulbaire. Il n'y a pas de réaction névroglique marquée, pas de réaction périvasculaire. L'absence de ces réactions inflammatoires s'explique certainement par la rapidité de la sidération des éléments nerveux par un processus hypertoxique.

Au niveau des reins, on note des lésions de glomérulite et des petits foyers de nécrose.

Notre observation rentre bien dans le cadre de ces états généraux graves où dominent les symptômes mentaux, et qui répondent au délire aigu de Calmeil. On n'y peut déceler aucune cause bien définie, aucune toxi-infection localisée, aucun signe neurologique important. Ce sont ces formes que Ladame appelle « psychose aiguë idiopathique » et M. Marchand « encéphalite psychosique aiguë ». Sans doute, pourrait-on, dans notre cas, chercher l'origine de cette septicémie dans la lésion rénale, mais les symptômes rénaux que nous avons observés ne sont apparus que postérieurement aux symptômes cérébraux. Il est plus probable que l'élimination massive de toxines est la véritable cause de cette néphrite.

Le principal intérêt de notre observation réside dans la pathogénie du cas. Le problème étiologique du délire aigu est encore très obscur. M. Trénel pouvait écrire en 1930 que « nous n'en savons guère plus aujourd'hui qu'Hippocrate » (1). Cependant, la plupart des observateurs admettent que l'origine de cette maladie mentale est une intoxication ou une toxi-infection attaquant électivement la cellule cérébrale. Mais il faut reconnaître que ce n'est là qu'une impression basée sur la gravité des symptômes généraux et dont nous n'avons aucune preuve précise. Les auteurs sont d'ailleurs partagés sur la nature de cette toxi-infection. Les uns pensent que le délire aigu n'est qu'un syndrome qui peut être provoqué par des intoxications ou des infections diverses. Dans la plupart des cas, les essais de culture et d'inoculation sont restés sans résultat ou n'ont permis de déceler que des microbes banaux. « La constatation de présence de streptocoques et de staphylocoques n'a certainement aucune importance », dit M. Trénel. « Tous les faits cliniques, biologiques et anatomiques concor-

(1) TREUIL. — Quelques observations sur le Délire aigu, *Paris Médical*, sept. 1930.

dent, écrivent MM. Toulouse, Marchand et Courtois (1), pour faire admettre qu'il s'agit d'une infection où l'agent cheminant sans doute par voie périvasculaire se fixerait en divers points de l'encéphale et secréteraient des toxines agissant sur les cellules des centres nerveux et des viscères. » Mais ce n'est toujours là qu'une hypothèse. D'autres auteurs pensent que le délire aigu est une affection autonome déterminée par un microbe spécial que deux observateurs italiens, Bianchi et Piccinino, crurent avoir découvert. Ce microbe recueilli dans le sang, mais qui n'a pas été retrouvé dans le cerveau, se présente sous la forme de gros bacilles disposés en chaîne, tantôt en courts bâtonnets, tantôt en longs et minces filaments. Cette découverte a été vivement controversée tant en France qu'en Italie même et paraît aujourd'hui rejetée par la plupart des auteurs.

L'observation que nous apportons ici paraît être une confirmation directe de la théorie septicémique du délire aigu. Elle semble, en outre, favorable à l'origine autonome de ce délire. Mais ceci est plus problématique. Notre cas paraît assez démonstratif en ce qui concerne le caractère véritablement septicémique de la maladie. On voit, sur nos préparations, les microbes pénétrer en grand nombre dans le cerveau par la circulation sanguine, on les suit depuis les vaisseaux méningés, pie-mériens, jusque dans la substance cérébrale, on les voit traverser la paroi des vaisseaux cérébraux et tendre vers les cellules, qu'ils n'atteignent d'ailleurs pas. Ils restent cantonnés surtout au pourtour des capillaires. Il semble donc bien qu'ils ont lésé les cellules par leurs produits toxiques. De l'avis de bactériologistes consultés, il ne peut s'agir là de ces invasions microbiennes banales que l'on peut observer à la période agonique.

Les mêmes microbes se retrouvent extrêmement nombreux dans le parenchyme rénal.

Ce sont des bacilles de grande dimension, de 15 à 20 μ , ils sont rectilignes, à bouts arrondis. On observe à l'intérieur du protoplasma un fin réticulum, et une segmentation qui donne l'apparence de spores ; cependant la coloration des spores par le procédé de Moëller est restée négative. Ils ne possèdent pas de cils ; leur recherche par le procédé de coloration de Nicolle et Morax n'a pas donné de résultat. Ils sont à Gram négatif et sont colorés en rouge vif par la pyroxine, vert de méthyle. Ils se groupent soit en chaînettes, soit en petits amas. Grâce à l'obligeance

(1) TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS. — Encéphalite psychosique aiguë azotémique. *Presse Médicale*, avril 1930.

de MM. Passek et Davesnes, ces microbes ont été examinés par les services bactériologiques de l'Institut Pasteur ; ils n'ont pu être identifiés avec des microbes connus, ils se rapprochent le plus des bacilles de la gangrène gazeuse, le *Vibrio* septique, le *Bacillus Perfringens* et le *Bacillus Bellonensis* ; mais ils en diffèrent par le gram négatif et l'absence de cils. Il y a lieu d'ailleurs de tenir compte de la difficulté d'un diagnostic bactériologique par la seule morphologie en dehors de toute culture et de toute inoculation.

On ne saurait évidemment tirer une conclusion générale d'un cas unique dans lequel manque bien des éléments d'appréciation. Nous avons cru cependant que notre observation apporterait une contribution intéressante à la pathogénie toxi-infectieuse du délire aigu.

M. MARCHAND. — Le fait que l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien n'ait pas été pratiqué avant la mort est regrettable. Il laisse planer un doute sur l'origine des microbes trouvés à l'autopsie. Ils pourraient bien être dus à la putréfaction. J'en ai observé dans le cerveau et les viscères de malades morts d'infections, et certains d'entre eux ressemblaient assez bien à ceux-ci. Ils rappelaient la bactérie charbonneuse.

M. MARCHAND. — En effet, j'ai vu venir mourir à l'asile, avec un délire aigu, des malades qui au cours de leur existence avaient eu plusieurs accès passagers qualifiés de manie.

M. MEURIOT. — J'ai observé la même fin chez une vieille femme qui avait été internée plusieurs fois pour manie.

M. CLAUDE. — Moi aussi, je suis sceptique sur l'origine de ces microbes. Dans les délires aigus, qui d'ailleurs cliniquement ressemblent souvent aux psychoses des états infectieux identifiés, typhoïdes, etc., j'ai trouvé des microbes de putréfaction. Quand ils sont dans des vaisseaux qui n'offrent aucun signe d'irritation, c'est à elle qu'il faut penser, ou aux microbes dits de sortie.

Remarques sur les relations du délire aigu et de la psychose maniaque-dépressive, par MM. X. ABÉLY et COULÉON.

A propos de l'observation rapportée dans la communication précédente, nous désirons présenter une remarque clinique sur les relations du délire aigu et de la psychose maniaque dépressive. Le fait est bien connu de la fréquence assez grande du délire aigu

à la suite d'un accès maniaque, surtout chez les femmes. Il n'y a par là une simple coïncidence. Pour Baillarger, le délire aigu n'était qu'une forme de manie, son degré le plus intense. Notre malade avait eu deux accès antérieurs typiques précédés d'une période de dépression. A sa dernière entrée, elle présentait le tableau classique de la manie, elle était parfaitement présente au milieu, faisait des réflexes ironiques sur les visiteurs, rappelait avec précision l'histoire de sa maladie. Briand et d'autres auteurs se sont efforcés d'établir des distinctions cliniques subtiles entre la manie vraie et la période initiale du délire aigu. En réalité, dans nombre de cas ce diagnostic n'est pas possible. C'est seulement progressivement que l'on voit l'agitation onirique et les éléments confusionnels remplacer l'agitation maniaque. Les cas de manie confusionnelle qui se terminent favorablement, rendent le problème plus difficile encore. Il n'est pas rare de voir de simples maniaques présenter un léger état fébrile autour de 38°. Dans son deuxième accès, notre malade avait été traitée à Villejuif, dans le service du Dr Marchand, en 1926. Tous les certificats diagnostiquaient l'excitation maniaque. Cependant, à la quinzaine, M. Marchand notait de la confusion mentale et, fait intéressant, la malade présentait un état fébrile qui atteignit 38°9 sans signe organique ou neurologique précis. La malade avait d'ailleurs parfaitement guéri. Comment interpréter ces faits ? Il est certain que des intoxications et des infections variées peuvent provoquer des états maniaques ou pseudo-maniaques. Mais nous sortons ici du cadre véritable de la psychose intermittente à récides multiples. On pourrait faire l'hypothèse d'une affection intermittente ou paroxystique parallèle aux intermittences psychiques, pouvant atteindre dans certains cas une intensité inaccoutumée. Mais cette explication n'est pas satisfaisante. On a attribué l'état confusionnel, de gravité variable des maniaques à l'épuisement dû à l'agitation et à l'insomnie. Mais ce n'est là qu'un facteur accessoire. Une grave toxi-infection concomitante est certainement nécessaire pour aboutir au délire aigu. On pourrait hasarder dès lors une autre hypothèse, la psychose maniaque dépressive favoriserait le développement et la virulence d'une infection latente ou secondaire par l'intermédiaire du trouble qu'elle apporte dans le fonctionnement du système endocrinien.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire des séances,
Paul COURBON.

Séance du Lundi 28 Décembre 1931

Présidence : M. H. CLAUDE, président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Adoption des procès-verbaux des séances du 12 novembre et du 23 novembre 1931.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, membre titulaire, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r HEUYER, membre titulaire, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et prie de remettre à la séance du lundi 25 janvier 1932 la communication pour laquelle il s'était inscrit, en collaboration avec M. LE GUILLANT ;

une lettre de M. le D^r PHULPIN, membre correspondant, qui cesse d'exercer la médecine et regrette de ne plus pouvoir assister aux séances de la Société ;

une lettre de M. le D^r E. LARRIVÉ (de Lyon) qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D^r O.-L. FOREL (de Prangins) qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D^r Michel CÉNAC qui retire sa candidature à la place de membre titulaire déclarée vacante par la Société dans sa séance du 26 octobre 1931 ;

une lettre de M. le D^r Paul SOLLIER qui demande à la Société d'être nommé *membre honoraire*. M. le D^r Paul SOLLIER étant membre titulaire depuis plus de dix ans (25 mai 1891), il peut être fait droit à sa demande si la Société en décide ainsi : à l'unanimité des membres présents, M. le D^r Paul SOLLIER est nommé *membre honoraire* de la Société ;

une lettre de M. le D^r André MESTRALLET, ancien interne des Hôpitaux de Lyon, préparateur à la Faculté de Médecine, médecin-chef de la Maison de Santé de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, qui demande à

faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* (une *Commission* est désignée, composée de MM. Jean LÉPINE, N. VIEUX et COLLET, rapporteur : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 janvier 1932) ;

des lettres de M. le Dr Sylvio CARON, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, de Québec, neuro-psychiatre de l'Hôtel-Dieu et de la Clinique Roy-Rousseau, et de M. le Dr Nerio ROJAS, médecin-légiste de l'Université de Paris, professeur de Médecine Légale à l'Université de Buenos-Aires, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* (une *Commission* est désignée, composée de MM. Henri CLAUDE, MARCHAND et René CHARPENTIER, rapporteur : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 janvier 1932) ;

une lettre de Mlle Andrée DESCHAMPS, interne en médecine des Asiles de la Seine, qui dépose, en vue du Concours pour le *prix Christian*, un mémoire intitulé : « Essai d'Exploration pharmacodynamique du psychisme des déments précoces » ; (les *Commissions des prix* à décerner par la Société en 1932 seront désignées à la séance du lundi 25 janvier 1932, il est rappelé que le délai d'inscription et de dépôt des mémoires pour ces prix expire le 31 décembre 1931).

Encouragement aux Etudes d'anatomie du Système nerveux

La correspondance manuscrite comprend, en outre, une lettre de M. le Dr TRÉNEL. En offrant à la Société une nouvelle somme de *mille francs* destinée à renouveler, en 1934, le prix déjà fondé par lui pour l'année 1933, M. TRÉNEL insiste pour que ce prix ne porte pas son nom et soit désigné uniquement sous le titre suivant : « Prix d'anatomie et d'histologie normale et pathologique du Système nerveux ».

Messieurs, votre Bureau est unanime à vous proposer d'accepter la nouvelle et généreuse offre du Dr Trénel, sous le titre expressément désiré par le donateur.

Le *prix d'Anatomie et d'Histologie normale et pathologique du Système nerveux* sera décerné pour la *seconde fois*, en 1934, aux conditions suivantes, déjà indiquées page 287 du numéro de mars 1931 des *Annales Médico-psychologiques*.

Ce prix, d'une valeur de mille francs, sera décerné, en 1934, par la Société Médico-psychologique, à l'auteur d'un mémoire sur l'anatomie microscopique normale ou pathologique du système nerveux.

Le concours pour ce prix est réservé aux internes en médecine des Asiles publics d'aliénés du Département de la Seine, nommés au concours, en fonctions à la date du 1^{er} mai 1932.

Le texte et les figures ou planches du mémoire devront être inédits et n'avoir obtenu de prix dans aucune autre Société. Ce travail, dont le sujet est laissé au choix de l'auteur, devra être basé sur des documents anatomiques recueillis dans l'un des services des Asiles publics

d'aliénés du Département de la Seine. Les préparations microscopiques devront être mises à la disposition de la Commission chargée de présenter à la Société Médico-psychologique un rapport sur les mémoires remis en vue de ce Concours.

Ces mémoires devront être déposés au plus tard le 31 décembre 1933 chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.

Conformément à la décision de la Société en date du 30 mars 1931, le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique sera accordé au titulaire de ce prix.

Ce texte, mis aux voix, est adopté par la Société à l'unanimité des membres présents.

M. le Président exprime au D^r TRÉNEL les remerciements de la Société Médico-psychologique.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire

Sur la proposition du Bureau, la Société déclare vacante une place de *membre titulaire* par suite de l'élection à l'honorariat de M. le D^r Paul SOLLIER. Les lettres de candidature devront être parvenues au Secrétaire général avant la séance du lundi 25 janvier 1932. L'élection aura lieu à la séance du lundi 22 février 1932.

Date de la Séance du mois de Mars

Le quatrième lundi du mois de mars se trouvant être le lundi de Pâques 28 mars, la Société décide de tenir au mois de mars une seule séance qui aura lieu le *jeudi 10 mars*, à 9 heures 1/2 précises, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

Rapport de la Commission des Finances

M. René SEMELAIGNE. — Il fut longtemps d'usage, à la Société Médico-psychologique, de ne payer les cotisations qu'une fois l'année terminée, le trésorier se trouvant dans l'impossibilité, avant la séance de décembre, de connaître la somme exacte due par chacun. Les fondateurs de la Société, en fixant la cotisation à trente-six francs, avaient accordé une réduction de deux francs cinquante par signature sur un registre spécial.

Aujourd'hui le registre n'existe plus, la cotisation est fixe, et l'intérêt de nos finances en exige le versement au début de l'année. Si l'un de nous vient à mourir avant de s'en être acquitté, mais après avoir reçu les convocations aux séances et des numéros des *Annales*, c'est pour la Société une perte nette, car une longue expérience, dans des cas semblables, nous a prouvé que ces cotisations étaient irrecevables.

Je voudrais aussi vous signaler certaines difficultés financières dues surtout à la nouvelle organisation de la Société. Avec les deux séances mensuelles, le nombre toujours croissant des communications et les discussions consécutives, la place réservée dans les *Annales* au compte rendu augmente proportionnellement, et il en résulte un fort surcroît de dépenses. Il faudra donc, ou limiter rigoureusement le nombre de pages et de lignes accordées aux communications et aux discussions, ou trouver d'autres ressources. Pourtant, nous n'aurions à envisager aucune de ces mesures, si tous ceux qui écrivent et qui parlent voulaient bien se souvenir de l'antique adage : « Ne quid nimis. »

L'avoir de la Société, au 31 décembre 1930, était de..	30.110 45
Les recettes, en 1931, ont été de	39.465 50

Total	69.575 95
Les dépenses, en 1931, ont été de	23.943 75

Il reste donc un excédent total de 45.632 20
se décomposant ainsi :

Société Médico-psychologique	29.613 10
Prix Aubanel	8.411 60
Prix Belhomme	2.750 »
Prix Moreau de Tours	300 »
Prix Christian	3.557 50
Prix Trénel	1.000 »
Total	45.632 20

Les rentes annuelles se décomposent ainsi :

Société Médico-psychologique	566 »
Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau de Tours	100 »
Prix Christian	302 »
	2.068 »

Votre Commission vous propose d'approuver les comptes de 1931.

Le D^r Raymond MALLET a demandé à être remplacé dans les fonctions de trésorier qu'il occupe depuis dix ans avec zèle et dévouement. Je suis certain d'être votre interprète en exprimant nos regrets sincères à un collègue qui partout et en toutes circonstances, au cours de sa carrière, a su éveiller la sympathie, l'estime et l'amitié.

La Société adopte ces conclusions à l'unanimité des membres présents et vote par acclamations des remerciements et des félicitations au D^r Raymond MALLET, *trésorier-archiviste*.

Election du Bureau pour 1932

Il est procédé au renouvellement du Bureau. Conformément aux art. 12 et 14 des Statuts, le Bureau est élu pour un an au scrutin secret, à la majorité absolue, par la Société, en séance publique.

M. MARCHAND, vice-président, devient, de droit, *président* de la Société, pour l'année 1932.

Election du Vice-Président

Nombre de votants	31
Majorité absolue	16

Ont obtenu :

MM. Georges DUMAS	25 voix.
G. DE CLÉRAMBAULT	6 —

M. le Professeur Georges DUMAS est élu *vice-président* de la Société Médico-psychologique.

Conformément à l'art. 41 du Règlement, il sera, de droit, *président* de la Société pour l'année 1932.

Election du Secrétaire général

Nombre de votants	31
Majorité absolue	16

Ont obtenu :

MM. René CHARPENTIER	30 voix.
REVAULT D'ALLONNES	1 —

M. René CHARPENTIER est réélu *secrétaire général* de la Société Médico-psychologique.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants	31
Majorité absolue	16

Ont obtenu :

MM. COURBON	31 voix.
Paul ABÉLY	27 —
DEMAY	4 —

MM. COURBON et Paul ABÉLY sont élus *secrétaires des séances* de la Société Médico-psychologique.

Election du Trésorier-Archiviste

Nombre de votants	31
Majorité absolue	16

Ont obtenu :

Mme THUILLIER-LANDRY	30 voix.
M. Raymond MALLET	1 —

Mme THUILLIER-LANDRY est élue trésorière-archiviste de la Société Médico-psychologique.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1932

Le Bureau de la Société est donc ainsi constitué pour l'année 1932 :

Président : M. MARCHAND.

Vice-Président : M. Georges DUMAS.

Secrétaire général : M. René CHARPENTIER.

Trésorière-archiviste : Mme THUILLIER-LANDRY

Secrétaires des séances : MM. COURBON et Paul ABÉLY.

Commission des Finances

Conformément à l'art. 8 du Règlement, une Commission spéciale est chargée de recevoir chaque année, dans la seconde quinzaine de décembre, le compte rendu de la gestion de la trésorerie. Elle est actuellement composée de MM. PACTET et René SEMELAIGNE.

Election à une place de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. VINCHON, au nom d'une Commission composée de MM. BARBÉ, Achille DELMAS, DUPAIN, LÉVY-VALENSI et VINCHON sur les titres des candidats, il est procédé au vote.

Nombre de votants	33
Majorité absolue	17

Ont obtenu :

M. le D ^r LARGEAU	30 voix.
Bulletins nuls	3

M. le D^r LARGEAU est élu *membre titulaire* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. LAUZIER, au nom d'une Commission composée de MM. D. ANGLADE, J. HAMEL et LAUZIER, sur les titres de M. le D^r FROMENTY, de Tours, candidat au titre de membre correspondant national, il est procédé au vote :

Nombre de votants	33
Majorité absolue	17

A obtenu :

M. le D ^r FROMENTY	31 voix.
Bulletins blancs ou nuls	2

M. le D^r FROMENTY est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

SÉANCE ORDINAIRE

COMMUNICATIONS

Psychose périodique et Erotomanie associée aux accès, par MM. MIGNOT et BELEY.

Nous avons eu l'occasion d'observer, au mois de juillet dernier, à l'asile de Ville-Evrard, une malade qui nous a paru intéressante par les divers éléments d'un syndrome érotomaniaque atypique associé à une psychose périodique.

Mme G..., 45 ans, termine au mois d'août 1931 son quatrième internement, de courte durée, un peu plus d'un mois.

Les trois internements précédents ont eu lieu en 1925, 1927, 1929 ; ils ont correspondu à la durée de ses accès, qui n'a jamais dépassé 5 mois.

Aucun antécédent héréditaire n'est à signaler ; au point de vue personnel, aucune maladie grave, mais la malade a été opérée à Saint-Antoine, en 1926, pour un fibrome ; depuis cette opération, elle n'est plus réglée. A son entrée dans le service et pendant tout son séjour à l'asile, Mme G... était gaie, chantant et plaisantant, bavardant sans cesse, riant aux moindres propos, d'une activité morbide.

Franchement excitée, elle présentait parfois une légère dissociation à l'interrogatoire. Il était difficile de lui faire préciser, avec exactitude, les circonstances qui entourent le début de ses accès.

Elle présentait tous les signes physiques qui accompagnent une euphorie morbide ; insomniaque, elle gardait un bon état général. Des bouffées de chaleur, un pouls rapide et tendu traduisaient un métabolisme général accéléré ; on trouvait chez elle, ce qui ajoute encore à cette observation, des signes isolés de syphilis nerveuse, et une nette dissociation physico-humorale.

Ses réflexes tendineux sont complètement abolis.

Ses pupilles sont inégales et ne réagissent, en aucune façon, à la lumière.

Par contre, le sang et le liquide céphalo-rachidien sont absolument normaux, aussi bien en 1931 qu'en 1925.

Au bout d'un mois, ce tableau a disparu pour faire place, au moment de la sortie, à une légère dépression ; triste et inquiète, la malade répond sérieusement, sans plaisanter, elle nous explique ce qu'elle ressent lorsque débudent ses accès : « Je me sens énervée... je me mets à chanter, à faire du bruit. » C'est à ce moment où lucidement elle raisonne son cas, qu'elle nous précise les éléments d'un syndrome érotomaniaque, qui nous paraissait jusqu'alors bien confus, et qui s'associe à chacun de ces accès à allure hypomaniaque, pour disparaître complètement en dehors.

Il s'agit d'une sorte de « mentisme » affectif, de pensées qui, presque sans rémission, se succèdent et desquelles, du reste, la malade, passive et indifférente, ne cherche pas à se défendre.

C'est sur ces troubles à caractère tout spécial qu'il convient d'insister ; on ne peut que les faire rentrer dans le cadre de l'érotomanie, quoique, nous le verrons, ce subdélire s'écarte presque entièrement des caractères qui ont été décrits et affectés, par M. de Clérambault, au syndrome érotomaniaque. Mme G., n'a jamais été mariée, elle est en ménage depuis 23 ans avec le même ami, dont elle a un enfant. Elle a une vie sexuelle normale. D'autre part, issue d'une famille ouvrière, elle a toujours eu l'intention de se faire une carrière identique. Sa vie a toujours été normale jusqu'à son premier internement.

Elle accuse des malheurs de ménage (ami buveur, coups, infidélités) de l'avoir usée et amenée à l'état où elle se trouve ; elle pense que ce sont ces événements qui lui ont donné l'espoir de se marier honnêtement et de se faire une situation normale ; jusqu'à son premier internement elle pensait à cela très calmement ; à ce moment, sont apparues ces pensées obsédantes, ces « pensées imposées » auxquelles elle croit, et se soumet malgré elle, et à caractère nettement érotomaniaque. La première fois, il s'est agi d'un ingénieur qu'elle a connu à l'usine de Dion, elle pensait qu'elle pourrait se marier avec lui, quoique rien, dans l'attitude de l'homme, n'ait pu l'y encourager..., elle ignore s'il était lui-même marié.

La deuxième fois, mêmes idées vis-à-vis d'un menuisier de Puteaux.

Au troisième accès, et actuellement, elle pense sans cesse, et avec espoir, à un médecin qui l'a soignée à Saint-Antoine ; chaque fois les mêmes caractères se représentent ; il s'agit toujours d'hommes à situation plus élevée qu'elle, qui n'ont jamais cherché à provoquer, en quoi que ce soit, le sentiment de Mme G., et qu'elle poursuit de ses pensées délirantes, puisqu'elle croit que ses sentiments sont partagés, mais sans aucune démarche active.

Du reste, Mme G. reconnaît qu'il y a tout de même quelque chose en elle qui la pousse vers eux..., « ce n'est pas n'importe qui... il faut qu'ils lui plaisent ». Ce sont là des pensées plutôt agréables, contre lesquelles elle ne se défend que par intervalles..., « elle se laisse bercer doucement », dit-elle.

Malgré le caractère agréable de cette obsession, elle préférerait s'en débarrasser, parce qu'elle sent « que ce n'est pas normal ». Elle n'a jamais rien dit de tout cela à son ami qu'elle continue à estimer et à aimer.

Il ne s'agit pas d'une simple obsession puisque, en interrogeant la malade, on s'aperçoit qu'elle se livre avec complaisance à ces pensées ; tout en reconnaissant leur anormalité, elle ne juge pas impossible que les choses se passent comme elle le souhaite, comme elle les imagine... « un mariage peut-être ».

En outre, autre caractère délirant, Mme G... affirme que ces pensées ne peuvent venir d'elle, mais qu'elles lui sont imposées par l'objet.

Fait important : elle n'a jamais déclaré ou tâché de faire comprendre ses pensées aux intéressés.

Mme G... est optimiste et compte bientôt sortir. En somme, idées érotomaniaques d'influence, de morbidité partiellement reconnue, greffées sur des accès hypomaniaques.

Il est intéressant de revenir sur les éléments de ces pensées érotomaniaques et de montrer combien ils sont différents, par presque tous les points, du grand syndrome érotomaniaque tel qu'il a été décrit et classé par M. de Clérambault. Tout d'abord, ce syndrome est le propre des délirants intellectuels, prolixes et réticents à la fois, — or, nous sommes bien loin ici, d'un tel délire, nous n'avons pu trouver, en cette malade, la moindre réticence, elle parle peu, mais chacun de ses propos est aussitôt une révélation sur ses impressions et sentiments, il semble qu'elle n'ait rien à cacher, et elle livre tout son délire.

M. de Clérambault a donné, comme base fondamentale, comme « postulat essentiel » au syndrome érotomaniaque, la conviction qu'a le sujet d'être en communion amoureuse avec un personnage d'un rang plus élevé, qui, le premier a été épris et a fait des avances.

S'il s'agit bien, chaque fois dans notre cas, de personnages plus élevés dans l'échelle sociale, et si, par là seulement, notre malade est une érotomaniaque vraie, par contre, le reste du postulat ne fait pas ici sa preuve.

Mme G... ne présente aucune conviction de quoi que ce soit ; comme elle le dit elle-même, il s'agit plutôt « d'un espoir vague qui la berce », d'une impression irraisonnée et il lui arrive de combattre l'idée que son amour lui est rendu, et qu'un mariage pourrait en résulter.

Pour ce qui est du second terme du postulat, il est d'observation courante que la majorité des érotomanes prétendent que le partenaire a été le premier épris, et a fait des avances.

Ceci n'est pas encore contrôlé dans notre observation. Malgré qu'elle croit à l'amour de l'objet, Mme G... reconnaît elle-même que rien, ni geste ni parole, chez ceux qu'elle poursuit de ses pensées, n'a pu l'amener à ces tendres sentiments. Un second élément et qui suit logiquement le postulat étudié, est, chez l'érotomane, l'étonnement de l'attitude, qui lui semble paradoxale, de son partenaire, étonnement auquel résiste d'ailleurs la ferme conviction d'être aimé et de continuer à l'être.

Aussi, logiquement, étant donné le renversement du postulat chez notre malade, nous ne rencontrons pas cette surprise, cet émoi, causés par l'indifférence du partenaire ; aucune récrimination n'est élevée par elle contre leur attitude. Bien au contraire, si les choses ne se réalisent pas comme le voudrait son sentiment, Mme G... a plutôt tendance à n'accuser qu'elle-même.

D'autre part, Mme G... n'a jamais parlé de ces troubles à personne, personne ne s'en est entretenu avec elle et ne lui a donné de conseils à ce sujet. Alors que nous savons combien l'érotomane est interprétateur, Mme G... ne nous fait part d'aucune interprétation des faits actuels et anciens, elle ne peut s'appuyer sur rien pour affirmer qu'on la paye de retour, et qu'elle doit réussir dans ses entreprises amoureuses.

Peut-on, du reste, parler ici d'entreprises ? Non : absence de conviction, remplacée par une impression irraisonnée ; — notion qu'elle a été la première éprise ; — compréhension de l'attitude indifférente du partenaire ; — absence d'interprétation ; tous ces éléments réunis font qu'aucune réaction n'a jamais suivi l'élaboration amoureuse mise en échec.

Nous savons à quelles excentricités, qui les font interner, aboutissent les érotomanes déçus ; les actes agressifs sont fréquents à la longue, ainsi que les impulsions ; non seulement, notre malade ne réclame rien, ne proteste pas, n'est quérulente en aucune façon, mais encore elle accepte tout avec une passivité extraordinaire, fait preuve d'une indifférence que l'on ne rencontre, pour ainsi dire, jamais.

Passivité, indifférence peut-être, conditionnées en partie par une réelle asthénie, mais aussi et surtout, par la mentalité, par la constitution de notre malade.

En effet, l'on trouve, à la base de presque tous les syndromes érotomaniaques une prédominance des sentiments orgueilleux, des tendances paranoïdes, et c'est là l'explication des différents éléments du délire.

Sur une première interprétation que favorisent l'ambition et l'orgueil — l'idée d'être aimée par un personnage de rang élevé —

ces mêmes facteurs construisent et compliquent tout un délire qu'aucune évidence ne peut affaiblir — et amènent aux réactions.

Or, à juger notre malade aujourd'hui, et bien qu'en 1925 un diagnostic de constitution paranoïaque amoureuse ait été fait sur elle, nous ne pouvons dire qu'il s'agisse d'une orgueilleuse. Sans doute retrouve-t-on un élément légèrement ambitieux, ce désir de se faire une situation normale, de se marier honnêtement avec une personne honorable, désir qui a provoqué l'idée obsédante puis délirante que cela aurait lieu ainsi, mais dans son passé et dans son attitude présente, Mme G... n'a rien d'une orgueilleuse, elle est timide, effacée, a tendance à s'accuser elle-même, et est consciente, par intervalles, de son anormalité.

C'est cette constitution de notre malade, associée à une asthénie marquée, qui a renversé le postulat du syndrome, et en a entièrement bouleversé les éléments habituels.

Si nous ajoutons que, contrairement à ce qui est habituellement observé, on peut penser d'après certaines réponses de Mme G... qu'il existe, dans son espoir amoureux, un élément nettement sexuel et non platonique, il nous reste à nous demander s'il est possible de faire rentrer ce cas dans le cadre si tranché — et par conséquent si fermé — du syndrome érotomaniacal. Notre malade est bien loin, certes, de la paranoïaque ambitieuse qui croit être aimée d'un personnage illustre, et qui, étonnée de son indifférence, mais convaincue cependant de son amour, agira en conséquence, cherchant à le rejoindre partout, se livrant à mille excentricités, menaçante et dangereuse souvent. Mais tout autre qu'un paranoïaque peut délirer amoureusement ; ce délire est moins net, moins évident puisque l'orgueil n'obnubile plus le sujet, et que celui-ci s'il n'est pas trop débile, peut s'apercevoir parfois qu'il fait fausse route ; chez de tels malades, la note sexuelle se fait jour pour la même raison.

Nous estimons qu'ils peuvent et doivent être considérés comme des délirants amoureux, et que le syndrome doit comprendre, à côté de la classe très schématisée des délirants paranoïaques typiques, toute une gamme de malades dont la constitution et les tendances mesurent l'intensité délirante et nuancent les réactions.

Variations du rapport globulines/sérine dans quelques cas d'encéphalites psychosiques aiguës, par MM. A. COURTOIS, M. DELAVILLE et Mlle RÜSSELL.

Il nous a paru intéressant d'apporter en contribution à l'étude du syndrome humoral des encéphalites psychosiques aiguës, les résultats de dosages des albumines du sérum de ces malades et plus spécialement du rapport globulines/sérine. Nous avons pratiqué en même temps le dosage de l'urée du sang et les deux résultats peuvent être comparés au cours de l'évolution de l'affection.

Rappelons que le taux des albumines d'un sérum normal varie entre 70 et 90 grammes par litre ; les $\frac{2}{3}$ environ de ce chiffre comprenant la sérine (46 à 60 grammes), l'autre $\frac{1}{3}$, les globulines (24 à 30 gr.). Le rapport globulines-sérine est de 66 % environ.

Voici, très résumées, les observations de quelques malades (1) :

Obs. I. — Lag. Fernande, n° 37.397, 36 ans, entrée le 15 avril 1931. Un frère jumeau bien portant. Salpingite il y a 5 ans. Bizarreries depuis 3 mois. Confusion avec excitation depuis 2 jours. Logorrhée, propos mystiques et érotiques, attitudes théâtrales, incohérences. Agitation et violences, bris de matériel. Refus d'aliments. Fièvre : 38°-39° les premiers jours. Ensuite pendant une semaine oscillations autour de 38°. Etat physique très précaire. Azotémie 1 gr. 10 le 20, 1 gr. 05 le 27.

A partir du 23 avril, alimentation plus facile. Persistance de l'agitation et des violences. Abscesses sous-cutanés multiples avec fièvre oscillante à partir du 1^{er} mai. Baisse de l'azotémie. Amélioration physique importante. Persistance de l'agitation, diminution de l'état confusionnel. Sortie le 31 mai. Guérie depuis.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien normal.

Globulines 18,87, rapport globulines/sérine 23 0/0, azotémie 1,10 le 20 avril. Le 13 mai, alors que l'amélioration est considérable : globulines 49,80, rapport 103 0/0. Urée : 0,40.

Obs. II. — Duch. Mélanie, n° 39.001, 28 ans, entrée le 23 juin 1931. Grippe en 1917 sans délire. Deux grossesses. Accouchement à 7 mois en 1929, enfant mort quelques jours après. Deuxième accouchement au 8^e mois le 11 mars 1931. Délivrance artificielle. Allaita l'enfant (fille bien portante). Le 11 juin, frisson prolongé avec fièvre (40°). On pense à la grippe. Confusion dès ce moment.

A Necker du 12 au 23 juin. Confusion, agitation, refus d'aliments,

(1) Nous indiquerons seulement dans le texte le taux des globulines et le rapport globulines sérine. Un tableau complet résumera à la fin toutes les déterminations pratiquées.

fièvre. Même état à l'entrée, état physique très précaire. Fièvre 39-40°. Azotémie 1 gr. 56 le 24 juin. Refus d'aliments (sondage nécessaire).

Azotémie 0,58 le 28. Amélioration physique à partir du 30. Température encore autour de 38° jusqu'au 7 juillet. Le 30 juin, un examen des urines indique la cause probable des symptômes infectieux : pyélonéphrite aiguë, cylindres hyalins et granuleux, leucocytes nombreux, culture pure de bacilles de Friedlander. Vaccin à doses progressives. Abscessus sous-cutané, avec poussée thermique, incisé le 20 juillet. Amélioration physique et psychique. Disparition de l'état confusionnel. Persistance d'un syndrome hallucinatoire : voix persécutrices, propos orduriers, réflexions pénibles. Réticences sur le thème hallucinatoire. Pleurs. Dépression persistante. Sortie le 13 septembre.

À l'entrée le 24 juin : globulines 22,04. Rapport globulines/sérine 27,6 0/0. Azotémie 1,56. Le 7 juillet, amélioration physique importante : globulines 28,13, rapport 68 0/0. Urée : 0,16.

OBS. III. — B. Julien, n° 39.041, 32 ans, entré le 24 juin 1931. Père alcoolique. Lui-même a fait des excès de boissons. Confusion à début brusque avec fièvre, 38° pendant 5 jours, puis poussée à 40°. Mutisme complet, immobilité, fixité du regard. Insomnie. Turbulence nocturne. Refus d'aliments (sondage, sérum glucosé). Azotémie : 1 gr. 14 le 25, 1 gr. 10 le 29, puis 1 gr. 46 le 3 juillet. Gâtisme. Etat très grave. Amélioration progressive à la fin de la première semaine de juillet. Apyrexie.

Persistance de l'état confusionnel avec désorientation complète, gestes stéréotypés, gâtisme jusqu'à la fin de juillet.

À ce moment, le malade parle plus facilement et extériorise un syndrome hallucinatoire. Voix mensongères, annonces de malheur, tous les siens sont morts, il ne les verra plus, accusation (voleur, assassin), odeurs d'éther. Courants électriques. Réactions anxieuses.

Amélioration lente. Sortie le 1^{er} septembre.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien normal. Lymphocytose sanguine initiale (12.800 globules blancs).

Le 3 juillet, état grave : globulines 26,96 ; rapport 40,1 0/0. Urée : 1,46. Le 7 juillet, l'état va s'améliorer : globulines 25,06, mais le rapport globulines/sérine est meilleur, 48,7 0/0, et l'azotémie est à 0,52.

OBS. IV. — Ch. Marie, n° 39.417, 50 ans, entrée le 9 juillet 1931. Début récent par des idées de persécution il y a 15 jours. Depuis 2 jours, confusion avec agitation. Mutisme obstiné, turbulence, bouleverse sa literie, refus d'aliments. Gâtisme. Fièvre 38°. Etat grave. Azotémie 0,75 à l'entrée, puis 1,20 le 15 juillet. Amélioration physique à partir du 17. Apyrexie. Azotémie 0,62. Hallucinations auditives et visuelles, entend son fils qui appelle au secours, voit et écrase des bêtes contre le mur. Turbulence, dénudation. Violences. Placée le 22 juillet.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien normal.

Le 15 juillet, état grave : globulines très diminuées, 16,10 ; rapport 28 0/0. Urée 1,20. Amélioration physique rapide, et le 18 juillet : globulines 33,06, rapport 89 0/0. Urée 0,62.

OBS. V. — Dev. Andrée, n° 39.291, âgée de 26 ans, entrée le 4 juillet 1931. Israélite. Une tante a présenté des troubles mentaux. Elle-même toujours déprimée et peu active. Accouchement prolongé le 14 mai. Vers le 25 mai, propos bizarres, craintes sans motif, tristesse, pleurs. Onirisme (diable). A l'entrée, confusion mentale avec excitation. Fièvre : 39°, qui va rester entre 38° et 39° pendant 9 jours. Azotémie 0,60 (5 juillet), 0,65 le 9 juillet. Opposition aux soins. Mutisme, fixité du regard, refus d'aliments (gavage et sérum sous-cutané). Constipation. Après la baisse de la fièvre, amélioration physique. Persistance du même tableau mental. Placée à l'asile le 2 septembre. Même état en novembre 1931.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien normal. Abondants cylindres urinaires (culture négative). Anémie, 3.440.000 globules rouges avec leucocytose 20.000 et 91 0/0 de polynucléaires (6 juillet).

Le 9 juillet, état précaire, fièvre. Globulines 27,57 ; rapport 46,8 0/0 ; urée 0,65. Le 20 juillet, amélioration physique : globulines 43,28 ; rapport normal 67,4 0/0 ; urée 0,37.

OBS. VI. — Desg. Suzanne, n° 39.603, âgée de 35 ans, entre le 21 juillet 1931. Pas d'antécédents névropathiques. Trois enfants bien portants. Une fausse couche il y a 6 mois, deuxième fausse couche de quelques semaines suivie d'hémorragie et d'un curettage le 13 juillet. Quelques jours plus tard, confusion avec agitation, essais de fuite, violences. Fièvre légère avec trois clochers à 38°5 et 39°. Azotémie 0,95 (31 juillet). Alimentation difficile. Etat précaire pendant 15 jours. Le 9 août, crises convulsives épileptiformes de type jacksonien, à droite, perte de connaissance, convulsions toni-cloniques, bave, miction involontaire, coma consécutif pendant près de 48 heures.

Amélioration légère ensuite. Confusion persistante. Apparition d'un syndrome hallucinatoire à thème de persécutions pénibles. Refus d'aliments (sondage). Réactions coléreuses. Azotémie 0,32 (13 août). Sortie le 30 août 1931 encore confuse et hallucinée. Revue en novembre, guérie.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Anémie initiale, 3.040.000 globules rouges, avec lymphocytose (12.600).

Le 31 juillet, mauvais état physique, fièvre ; mais la vie ne paraît pas en danger : globulines 28,13 ; rapport 46 0/0 ; urée 0,95.

OBS. VII. — Bal. Jeanne, n° 41.118, âgée de 45 ans, entre le 2 octobre 1931. Débile, aurait eu un chancre labial en 1917. Anxiété subite

le jour même de l'entrée : en revenant de son travail, crainte d'empoisonnement, d'accusations, de vols ; cris, scandale dans la maison. Apyrexie pendant 4 jours. Puis clocher à 39°, subfébrilité ensuite pendant 15 jours (37°8-38°2). Confusion avec agitation anxieuse. Refus d'aliments. Violences. Azotémie 1 gr. 98 (12 octobre), puis 1,59 (17 octobre), qui revient ensuite autour de la normale. Amélioration physique progressive.

Transformation de l'état mental, reste très confuse, mais euphorique avec logorrhée jargonaphasique. Turbulence. Alimentation suffisante, mais continue à perdre du poids. Fièvre : 37°8-38°. Durée un mois environ.

Aggravation subite paraissant correspondre à la reprise de virulence d'un agent infectieux. Poussée thermique 38°5-39°. Azotémie 2 gr. 06 (21 novembre), puis 3,78 dans le liquide céphalo-rachidien le 23 novembre, jour du décès. (Glycorachie 0,98, chlore 5,46). Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien normal. Leucocytose sanguine initiale (21.400) avec 81 0/0 de polynucléaires. Ici les modifications sont peu importantes, les deux examens ayant été pratiqués à peu d'intervalle pendant la période de retour au calme. L'azotémie indique plus rapidement l'amélioration :

17 octobre, globulines 28,51 ; rapport 53,9 0/0 ; urée 1,59.

21 octobre, globulines 24,03 ; rapport 47,7 0/0 ; urée 0,74.

Une autre détermination n'a pu être faite lors de la reprise de l'encéphalite, la quantité de sang prélevée ayant été trop minime.

Obs. VIII. — Moll. Claudine, n° 41.641, âgée de 43 ans, entre le 26 octobre 1931. Père alcoolique. Une sœur suicidée. Accès dépressif *post-partum* en 1921. Dépression depuis quelques jours, crise nerveuse de type névropathique chez un médecin qu'elle consulte. Insomnie. Excitation de type maniaque à début subit la veille de l'entrée. Apyrexie pendant 4 jours. Azotémie, 0,18. Formule sanguine normale. Langue sèche. Alimentation difficile. Fièvre le 6^e jour oscillante (38°-39°8), confusion aiguë, agitation, violences, cris, alimentation suffisante. Hémoculture positive (donne un streptocoque hémolytique pur). Sérothérapie intensive. Après une baisse légère de la fièvre, hyperthermie (clochers à 40°8). Aggravation rapide à partir du 13. Décès le 16 novembre.

Urée du liquide céphalo-rachidien : 4,53, chlore : 6,19. A l'entrée, Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien normal. Pas de modifications importantes aux deux examens pratiqués le 31 octobre et le 11 novembre pendant une période où, malgré la fièvre élevée, l'état général n'est pas mauvais et l'alimentation reste suffisante.

Globulines : 33,06 et 38,86 ; rapport : 50,3 0/0 et 64,5 0/0. Les variations de l'azotémie sont plus sensibles, le 31 octobre, 0 gr. 70 et 1,03 le 11 novembre.

OBS. IX. — Pic. Lucienne, n° 41.739, âgée de 26 ans, entre le 29 octobre 1931. Père alcoolique. Elle est onzième d'une famille de 12 enfants tous débiles. Elle-même, débilité légère, crises névropathiques de l'adolescence. Primipare, accouchée le 14 octobre 1931. Fille bien portante. Vers le 3^e jour, céphalées, énervement, cause beaucoup. le 14^e jour, confusion aiguë avec excitation, se roule par terre, se frappe (plaies multiples du visage). Violences, langue rôtie, cartonnée. Refus d'aliments. Fièvre : 39°, oscillante ensuite : 37°5, 40° et 41°.

Même tableau mental et physique de délire aigu. L'hémoculture donne à deux reprises du streptocoque hémolytique à l'état pur. Examen gynécologique : métrite légère. Aggravation rapide. Parotidite droite le 7 novembre. Azotémie : 4,03. Décès le 10 novembre. Liquide céphalo-rachidien. Urée : 7,39, sucre : 1,98, chlore : 6,17.

Dans ce cas, le taux des globulines est le plus bas que nous ayons observé et est seulement de 1,89 ; le rapport est lui aussi extrêmement bas : 2,3 0/0 ; urée : 2,30 (4 novembre 1931, soit 6 jours avant le décès).

OBS. X. — Cord. Mathide, n° 42.014, âgée de 60 ans, entrée le 12 novembre 1931. Pas d'antécédents. Confusion et anxiété à début brusque le 6 novembre. Se dit hypnotisée, erreurs dans son travail, chante la messe des morts, scandale dans une église. Excitation violente ; sputation, langue sèche, cartonnée. Fièvre : 38°, clocher à 39° le 17, rétention d'urines. Refus d'aliments (sondage). Confusion et excitation persistent. Azotémie : 3 gr. 59 (19 novembre). Apyrexie et même hypothermie. Affaiblissement rapide. Décès le 22. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

Liquide céphalo-rachidien stérile et normal, sauf une lymphocytose légère : 6 éléments par mm³. Lymphocytose sanguine : 16.800 avec polynucléose 88 0/0. Albuminurie légère : 0,66. Présence d'entérocoques à la culture des urines. Au moment du décès, dans le liquide céphalo-rachidien : urée : 4,78. Sucre : 1,59, chlore : 5,30.

Deux jours avant le décès (20 novembre), globulines : 25,37 ; rapport : 29,5 0/0 ; urée : 3,53.

Les résultats complets sont consignés dans le tableau suivant où l'on trouvera le taux des albumines totales du sérum avec la proportion de sérine et de globulines, le rapport de ces deux composants, enfin les chiffres de l'azotémie.

Nos examens sont encore trop peu nombreux pour apporter des conclusions définitives.

Cependant cette étude permet, nous semble-t-il, d'apporter quelques faits concernant l'équilibre humoral dans ces psychoses aiguës où se trouve réalisé toujours le même syndrome mental : celui du délire aigu. Confusion mentale avec agitation motrice souvent intense ; refus d'aliments, fièvre et au point de vue humo-

NOMS	DATES	Album. totales	Sérine	Globu- lines	Rapport gl.-sér.	Urée	EVOLUTION
Chiffres normaux.		70 à 90	50	28	66 0/0	0,20 à 0,40	
I. La...	20-4	100,3	81,43	18,87	23 0/0	1,10	Guérison.
	27-4	105,65	80,16	25,49	31,8 0/0	1,05	Sortie le 31 mai.
	15-5	97,85	48,05	49,80	103 0/0	0,40	
II. Du..	24-6	101,76	79,71	22,04	27,6 0/0	1,56	Guérison.
	28-6	—	—	—	—	0,52	Sortie le 13 sept.
	7-7	70	41,67	28,13	68 0/0	0,16	
III. Bo..	25-6	—	—	—	—	1,14	Guérison.
	3-7	94,10	67,14	26,96	40,1 0/0	1,46	Sortie le 1 ^{er} sept.
	7-7	76,50	51,44	25,06	48,7 0/0	0,52	
IV. Gh.	10-7	—	—	—	—	0,75	Améliorat. phys. Placée à l'asile le 22 juillet.
	15-7	73,45	57,35	16,10	28 0/0	1,20	
	18-7	70,2	37,14	33,06	89 0/0	0,62	
V. Dev.	5-7	—	—	—	—	0,60	Améliorat. phys. Placée à l'asile le 2 septembre.
	9-7	86,40	58,83	27,57	46,8 0/0	0,65	
	20-7	107,45	64,17	43,28	67,4 0/0	0,37	
VI. Des.	31-7	91,45	63,32	28,13	46 0/0	0,95	Guérison.
	13-8	—	—	—	—	0,32	Sortie le 30 août.
VII. Ba.	3-10	—	—	—	—	0,36	Décès le 23 nov. après une amélior. de 3 sem. à partir du 20 oct.
	17-10	81,40	52,89	28,51	53,9 0/0	1,59	
	21-10	74,35	50,32	24,03	47,7 0/0	0,74	
	21-11	—	—	—	—	2,06	
VIII. Mo.	27-10	—	—	—	—	0,18	Décès le 16 nov.
	31-10	98,70	65,64	33,06	50,3 0/0	0,70	
	11-11	99	60,14	38,86	64,5 0/0	1,03	
	14-11	—	—	—	—	2,50	
IX. Pi..	30-10	—	—	—	—	0,60	Décès le 10 nov.
	4-11	81,75	79,86	1,89	2,3 0/0	2,30	
	7-11	—	—	—	—	4,53	
X. Co..	14-11	—	—	—	—	0,32	Décès le 22 nov.
	20-11	111,10	85,73	23,37	29,5 0/0	3,53	

ral : leucocytose sanguine avec polynucléose, azotémie élevée, quelques fois petite lymphocytose rachidienne.

Nos constatations actuelles concernent les variations des albumines du sérum et du rapport sérine/globulines.

Le taux des albumines totales du sérum est souvent augmenté lorsque l'état physique est précaire (95 à 110), mais il peut l'être aussi alors que la vie n'est plus en danger — 107,45 dans un cas (obs. V). Cette augmentation apparente traduit sans doute dans bien des cas l'insuffisante dilution sanguine par manque d'eau (alimentation difficile).

Cette question de l'hydratation du sang et des tissus nous paraît spécialement importante dans ces cas et nous entreprenons son étude par la mesure simple de l'indice réfractométrique.

Des deux groupes d'albumines du sérum, l'un, la sérine, nous a paru habituellement augmenté tant que l'état reste précaire, son taux s'abaisse avec l'amélioration physique : de 81,43 à 48,05 (obs. I), de 79,71 à 41,67 (obs. II).

Inversement, les globulines sont presque toujours diminuées pendant la période aiguë grave, dans un cas même, terminé par la mort (obs. IX), le sérum n'en contenait plus que des quantités très minimes : 1,89, soit 15 fois moins que le taux normal.

Au contraire, l'amélioration s'accompagne habituellement d'une hausse du taux des globulines dépassant même les chiffres normaux : 49,80 (obs. I), 43,28 (obs. V). Le rapport globulines/sérine subit les mêmes variations, il est très diminué pendant la période d'état grave et si le décès doit survenir. Signalons cependant que dans l'observation VIII, le rapport était normal 5 jours avant le décès, il est vrai que l'alimentation était suffisante et que l'état physique était encore relativement bon (1). En cas de guérison, le rapport des globulines/sérine revient à des taux normaux et les dépasse parfois : 89 % (obs. IV), 103 % (obs. I).

En outre, l'azotémie a été mesurée dans tous ces cas à plusieurs reprises et à ce propos disons que les constatations actuelles confirment nos publications antérieures. Les variations du rapport sérine/globulines que nous venons d'indiquer sont d'habitudes en accord avec celles de l'urée sanguine. La baisse du rapport globulines/sérine due en grande partie à l'abaissement du taux des globulines comporterait dans ces cas le même pronostic que la hausse de l'urée du sang.

Mais nous ne pouvons encore établir une corrélation définitive entre ces deux modifications humorales importantes constatées dans ces formes d'encéphalites psychosiques aiguës.

(Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle. Médecin-directeur : Dr Toulouse).

(1) Nous étudions actuellement le rapport globulines sérine dans le jeûne et dans divers états de dénutrition.

Séquelles mentales des encéphalites psychosiques aiguës,
par MM. E. TOULOUSE, A. COURTOIS et DUFET.

Résumé. — Relation de neuf observations où l'épisode confusionnel aigu initial, avec d'habitude syndrome de délire aigu, est suivi de syndromes hallucinatoires, anxieux ou démentiels.

Dans 4 cas, le syndrome hallucinatoire s'est dissipé en quelques semaines ou plusieurs mois ; chez une malade, persistance depuis plus de 10 mois d'hallucinations auditives avec anxiété sans idées de persécution ; deux fois, installation rapide d'un syndrome de démence précoce ; deux fois après une guérison apparente de quelques semaines, reprise de symptômes mentaux et décès (l'examen histologique pratiqué dans un cas confirme le diagnostic d'encéphalite).

Les auteurs interprètent ces cas comme des séquelles curables ou chroniques de l'encéphalite aiguë initiale qui reste capable de reprises pouvant entraîner la mort.

Ils rapprochent ces faits, des séquelles d'autres encéphalites connues, la méningo-encéphalite spécifique, l'encéphalite épidémique, l'encéphalite qui conditionne le *delirium tremens* des alcooliques et estiment que bien des syndromes mentaux sont l'expression de séquelles d'atteintes encéphalitiques de causes variées, souvent survenues dans l'enfance et l'adolescence.

M. TRUELLE. — Existe-t-il dans les délires aigus qui se terminent par un syndrome hallucinatoire chronique, une persistance des perturbations humorales qui n'existerait pas dans les délires aigus terminés par la guérison ?

M. COURTOIS. — Non, aucune séquelle humorale ne persiste. Le liquide céphalo-rachidien redevient toujours normal au bout de quelques semaines.

M. DELMAS. — Je crois qu'il y aurait lieu d'établir une discrimination étiologique entre les délires aigus secondaires à une infection, une intoxication, ou apparus comme complications d'une psychose maniaque, mélancolique, et les délires aigus primitifs. L'évolution des délires aigus secondaires est rapide vers la guérison ou vers la mort. Peut-être le passage à la chronicité n'existe-t-il que chez les délires primitifs.

Le syndrome hallucinatoire consécutif à la confusion mentale est fréquent. Régis l'a signalé. Il est habituellement transitoire. Mais sa durée est de plus en plus longue, au fur et à mesure que les accès de confusion se répètent chez le même sujet. Après le premier accès, elle est d'un mois ; après le second, elle est de

3 mois ; après le troisième, elle est de 7 mois, etc. Peut-être après le quatrième ou le cinquième, sera-t-elle définitive. J'ai étudié ces cas dans mon rapport au Congrès de Strasbourg, en 1920, et j'ai observé avec Allamagny qui leur a consacré sa thèse de doctorat des syndromes hallucinatoires postoniriques devenus chroniques après un accès de confusion mentale. Ce qui caractérise ces états, c'est la persistance d'un subonirisme qui donne aux malades une apparence quelque peu semblable à celle des paralytiques généraux impaludés.

M. GUIRAUD. — Il faut réserver l'étiquette de délire aigu aux cas où l'examen somatique ne révèle l'existence d'aucune maladie infectieuse, qui sont par conséquent dûs à une encéphalite aiguë non suppurée et dont l'agent est probablement un virus filtrant se localisant immédiatement sur le cerveau. Quand les troubles mentaux coexistent avec des signes biologiques d'infection sur un ou plusieurs organes, on a à faire à une maladie infectieuse, à une septicémie. Ces délires ne devraient pas être appelés délires aigus. Ce sont des pseudo-délires aigus qui évoluent vers la mort ou vers la guérison. Peut-être est-ce le vrai délire aigu qui seul passe à la chronicité.

M. MARCHAND. — L'étude anatomique des cas ne légitime aucune distinction étiologique. Qu'il y ait ou non infection concomitante, que l'on trouve ou non des microbes infectieux dans le sang, les lésions du cerveau sont les mêmes. Tantôt, les lésions cellulaires prédominent sur les lésions vasculaires, tantôt c'est l'inverse. Mais cette prédominance existe indifféremment dans les délires aigus primitifs et dans les délires aigus secondaires.

M. GUIRAUD. — En tous cas, je ne crois pas qu'on puisse rattacher au processus infectieux typhique, pneumonique ou autre, les reviviscences qui surgissent après 7, 8, 10 ans, d'un état apparent de guérison. Ces reviviscences ne peuvent être attribuées qu'à l'existence d'un virus neurotrope, capable comme l'est celui de l'encéphalite ou celui de la chorée, de rester latent dans le cerveau pendant très longtemps et de se réveiller pour une poussée nouvelle qui peut même ne plus s'arrêter. L'expérimentation par hémoculture et inoculation cérébrale sera plus capable que l'anatomie pathologique de nous éclairer sur cela.

M. COURTOIS. — Les deux explications qui nous semblent plausibles de l'évolution différente de ces délires aigus sont : la plus ou moins grande virulence de l'agent étiologique et la plus ou moins grande résistance du terrain. A noter l'importance des tares héréditaires.

Nous avons donné à M. Lépiné du sang et du liquide céphalo-rachidien pour des cultures, ainsi que des prélèvements du cerveau pour des inoculations qu'il a pratiquées sur des singes. Aucune encéphalite n'a été obtenue. Néanmoins, nous croyons que c'est dans la voie expérimentale qu'il faut persévérer.

Un cas d'érythème barbiturique, par MM. PICHARD et KYRIACO.

Bien qu'à l'heure actuelle le nombre des cas publiés, d'érythème barbiturique, soit considérable, il nous a paru intéressant de rapporter une observation d'érythème scarlatiniforme survenu après ingestion de gardénal ; d'une part, parce qu'il s'est accompagné de manifestations peu fréquemment observées, d'autre part, parce que l'étude que nous en avons pu faire semble plaider en faveur d'une pathogénie déterminée.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, entré en observation le 7 septembre 1931, dans le service Henri-Rousselle, pour des troubles de nature vraisemblablement comitiale (troubles du caractère, fugues) et ne présentant à l'examen clinique et biologique rien de très particulier (Wassermann négatif dans le sang, urée dans le sang 0,26, liquide céphalo-rachidien normal, urines normales), en dehors d'un état général plutôt médiocre (poids 51 kgs pour une taille de 1 m. 70).

Un traitement par gardénal fut institué : la première semaine, le malade prit 0,30 cg. par jour de gardénal solubilisé au moyen de diéthylamine. Pendant les semaines suivantes, il prit 0,20 cg. par jour, le tout sans interruption.

Pendant un mois, rien de particulier : le malade est calme, s'alimente bien et travaille dans le service.

Le 6 octobre 1931, après quelques prodromes discrets, malaises, fatigue, la veille et l'avant-veille, brusquement température à 39°1 le matin et à 40° le soir.

Le malade présente en même temps une éruption d'allure scarlatiniforme, ayant débuté par la face, le cou, la poitrine et le dos des mains.

Le lendemain, la température est à 39°4. L'éruption a gagné tout le tronc et les membres inférieurs, par larges placards très confluent, de fond rouge, uniformes, un peu ecchymotiques, sans piquetés.

A ce moment, l'absence d'énanthème d'une part, la connaissance de la médication d'autre part, renseignent sur la véritable nature de cet érythème, et font interrompre l'administration du gardénal.

Les jours suivants, la température persiste aux environs de 39°. On ne note pas de prédominance de l'éruption aux aines ni aux plis de flexion.

Il existe une infiltration dermique assez considérable, surtout à la face : le visage est bouffi, les paupières œdémateuses, les lèvres fissurées. On ne constate à aucun moment le moindre énanthème.

Par contre, dès le 9 octobre, on note une polyadénopathie généralisée, avec prédominance inguinale, sans périadénite, légèrement douloureuse à la pression.

En même temps, on put constater une splénomégalie, rendant perceptible le pôle inférieur de la rate, à la palpation.

Le foie est normal comme volume, mais on remarque, sous le fond rouge ecchymotique des placards, un subictère apparaissant mieux après pression des téguments ; subictère manifesté par ailleurs aux conjonctives et dans les urines. Celles-ci sont hautes en couleur, un peu diminuées de volume, renfermant des pigments, des sels biliaires et de l'urobilin. Il n'y a pas d'albumine.

Dans le sang :

Urée p. 1.000 l.	0,16
Globules rouges	6.700.000
Globules blancs	9.600

avec une formule blanche complètement bouleversée :

Lymphocytes	28
Moyens mononucléaires	13
Grands mononucléaires	12
Polynucléaires	37
Eosinophiles	10
Basophiles	0

L'état général est assez fortement touché. Le malade accuse une asthénie marquée, de la céphalée. Sa tension artérielle est à 11×8 (Vaquez).

Vers le sixième jour après le début de l'éruption, celle-ci pâlit rapidement, accusant le subictère. La desquamation qui avait déjà débuté s'exagère, au niveau de la face surtout.

Un prurit assez marqué se manifeste, sans lésion de grattage toutefois.

L'infiltration diminue plus lentement. La polyadénopathie persiste, inchangée.

La fièvre tombe progressivement, du neuvième au treizième jour, présentant encore un petit crochet à $38^{\circ}5$ le 14^e jour. Une crise polyurique légère s'établit à ce moment.

Le malade reste néanmoins abattu, avec une tension encore peu élevée (10×8).

Peu d'appétit ; il est obligé de rester couché.

La tuméfaction de la rate rétrocede avec les autres adénopathies, à partir de ce moment. Mais il persiste, au niveau des aines, des ganglions gros et légèrement douloureux, qui présentent des alternatives d'intumescence et de détumescence, la première coïncidant avec une très légère élévation thermique à $37^{\circ}8$.

Un mois après le début de l'éruption, le malade peut se lever, ne présente plus qu'une desquamation qui se termine au niveau des pieds.

Le subictère a disparu, de même que l'infiltration des téguments.

On note encore la présence des ganglions inguinaux.

Dans l'ensemble, il s'agissait donc d'une érythrodermie-scarlatiniforme survenue après un mois d'absorption d'une dose moyenne, journalière, de gardénal, et présentant en dehors du tableau habituel, une réaction lymphoïde assez notable.

Nous nous sommes demandé à quelle pathogénie pouvaient répondre ces accidents, et nous avons considéré quels étaient les faits qui plaidaient en faveur du biotropisme ou d'une sensibilisation toxique.

a) Notons d'abord que, dans notre cas, on ne retrouve pas le début des accidents au neuvième jour. Mais on sait que M. Milian lui-même admet que, dans les faits biotropiques, l'incubation peut varier.

b) Notons également l'absence de contagion, dans un milieu où de nombreux sujets recevaient, en même temps que notre malade, la même médication, à dose parfois plus considérable.

c) Il n'y avait pas de scarlatine dans les antécédents de notre malade.

d) La réaction de Schlutz et de Charlton (sérum anti-scarlatineux de l'Institut Pasteur) a été négative.

La réaction de Dick n'a pas été pratiquée.

Après un délai de plus d'un mois, nous avons tâté la susceptibilité du malade en lui donnant, le 16 novembre 1931, 0,02 cg. à midi et 0,02 cg. le soir, du même gardénal. Cet effet fut assez démonstratif de l'intolérance persistante au médicament.

Déjà, après la première prise, on pouvait alors noter une obnubilation marquée. Le malade s'endort et se réveille quatre heures après, accusant à ce moment un état de malaise général, avec palpitations,

Le soir, après la seconde prise, on peut noter un prurit généralisé et l'apparition d'une rougeur cyanotique, à la poitrine et aux pieds, avec piqueté blanc.

Il y a également infiltration légère du visage et réveil d'une poussée ganglionnaire inguinale apparue le lendemain. (Noter d'ailleurs que l'adénopathie constatée antérieurement à ce niveau n'avait jamais complètement rétrocedé).

La rate redevient percutable et, point particulier, on peut noter, dans la formule leucocytaire, 39 pour 100 d'éosinophiles,

chiffre exceptionnel, puisque le maximum signalé dans des cas semblables est de 25 pour 100, dans une observation de Bothe.

Tous les phénomènes rétrocedèrent d'ailleurs rapidement, sans qu'il y ait eu d'élévation thermique.

Un nouvel essai pratiqué quelques jours après, avec 0,01 cg. de gardénal, ne déclenche pas de réaction, en dehors d'un état de somnolence disproportionné à la dose ingérée.

Par ailleurs, des cuti-réactions pratiquées, tant avec le gardénal solubilisé par la diéthylamine, qu'avec du gardénal sodique, sont restées négatives. Le malade, signalant seulement une très légère démangeaison, toute passagère, au niveau des cutis.

Par contre, une intradermo-réaction pratiquée avec une goutte de la solution de gardénal, donna, dès les premières minutes, un résultat très positif, avec aspect ecchymotique central, au point d'injection, sans nécrose toutefois, et grosse papule périphérique, ayant persisté quelques jours.

Nous avons également tenté, selon le procédé de Küstner, de faire, à un individu-témoin, une intradermo-réaction ; lui ayant injecté une goutte du sérum de notre malade dans le derme des deux régions deltoïdiennes, droite et gauche, nous réinjectâmes le lendemain, d'un côté seulement, au même point, une goutte de la solution de gardénal. Dans ces conditions, nous n'avons pas observé de phénomènes d'anaphylaxie locale.

Par suite de la constatation de ces différents faits, nous sommes portés à croire que l'explication pathogénique de ce cas serait plus volontiers fournie par une sensibilisation à un produit qui, habituellement bien supporté, est devenu toxique pour le malade, que par la théorie du biotropisme.

Nous ne voulons d'ailleurs prendre position en aucune façon, et limitons seulement notre interprétation au cas que nous venons de rapporter.

M. HEUYER. — De tels érythèmes, d'après mon expérience, se produisent avec le rutonal bien plus fréquemment qu'avec le gardénal.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
COURBON et DEMAY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 3 Décembre 1931

Présidence : M. BAUDOUIN, président

Apoplexie séreuse postarsénobenzénique terminée par la guérison, Par MM. J. A. CHAVANY et Raymond TOURNAY.

Les auteurs relatent le cas clinique d'une femme de 30 ans, indemne de syphilis cérébrale cliniquement appréciable, qui, trois jours après une piqûre de novarsénobenzol à 0 gr. 45, présente un état comateux qui se prolongea pendant 60 heures et qui débuta brusquement par une série de crises épileptiques subintrantes. La déviation conjuguée de la tête et des yeux leur fit penser à la possibilité d'une lésion organique importante du parenchyme cérébral. L'issue heureuse et rapide, éventualité rare en pareil cas d'apoplexie séreuse, les pousse à croire qu'il s'est seulement agi d'une poussée d'œdème aigu cérébral, analogue à celles qu'on observe chez certains cardiaques asystoliques, avec vaso-dilatation intense des artères du cerveau et inondation séreuse du tissu cérébral. A la ponction lombaire, pratiquée quelques heures après le début des accidents, grosse dissociation albumino-cytologique. La malade était une dystonique du sympathique, avec de fréquentes crises urticariennes.

Section du VIII pour vertiges — guérison, par MM. VELTER et M. OMBREDANNE.

Les auteurs présentent un malade sur lequel ils ont pratiqué la section du nerf auditif, comme thérapeutique de crises vertigineuses, avec état

nauséux amenant l'interruption de toute activité. Cette intervention était d'autant plus justifiée que le malade était atteint d'une paralysie cochléo-vestibulaire nette. Opération facile, suites normales. Depuis plusieurs mois, le malade ne présente plus de crises. Les auteurs proposent d'envisager cette thérapeutique dans les cas rebelles de vertige labyrinthique.

Recherches expérimentales sur les fonctions du liquide céphalo-rachidien, par M. FEDELA NEGRO (de Turin).

Après avoir observé une mort par cachexie chez un malade présentant une fistule chirurgicale de la dure-mère, l'auteur a été amené à contrôler expérimentalement la notion que le liquide céphalo-rachidien joue un rôle dans le trophisme des tissus. Chez le chien et le lapin, une fistule rachidienne provoque la cachexie, avec diminution de poids, mélanodermie, disparition du tissu adipeux, sclératrophie généralisée dans la moelle, dégénérescence des cordons postérieurs et latéraux, chromatolyse. Les animaux meurent en 10 ou 15 jours, momifiés. Inversement, l'injection de liquide céphalo-rachidien de jument à des souris blanches, des cobayes et des lapins, provoque une évolution plus rapide du développement. Chez la lapine ainsi traitée, la maturation des follicules de De Graaf et la formation des corps jaunes sont plus rapides que chez les témoins. Chez des malades asthénisés traités en vain par différents reconstituants, l'injection de liquide céphalo-rachidien (absolument inoffensif), amène l'apparition du bien-être, avec augmentation de poids et le retour à la vie normale. Le métabolisme basal et le taux d'hémoglobine sont augmentés. Chez des neurasthéniques et des psychasthéniques, mêmes résultats, avec augmentation ou rétablissement des fonctions sexuelles. L'auteur conclut que le liquide céphalo-rachidien a une influence sur la régulation du métabolisme ; il stimule et règle les activités hormoniques.

A propos de quatre cas d'hématome sous-dural, par M. Van GEUCHTEN (de Bruxelles).

L'auteur rapporte quatre observations anatomo-cliniques illustrées par de très belles photographies. L'étude de ces cas l'amène à rapprocher l'hématome sous-dural et la pachyméningite hémorragique, qui ont une évolution clinique et un aspect anatomique semblables. Reprenant l'idée de Spoerling, il tend à penser qu'il s'agit dans les deux cas de la même pathogénie :

1° Hémorragie sous-durale d'un vaisseau de la dure-mère (correspondant inconstamment à un traumatisme). 2° Formation d'un hématome (même peu important). 3° Néoformation vasculaire dans cet hématome (pouvant amener des signes de tumeur). 4° Nouvelles hémorragies des vaisseaux néoformés (déterminant l'apparition de signes extrêmement graves).

Paralysie post-encéphalitique du sciatique poplitée-externe. — Phénomènes crampoïdes parkinsoniens, par MM. GUILLAIN, ALAJOUANINE et GARCIN.

Les auteurs présentent un malade qui garde, depuis une encéphalite léthargique survenue il y a six ans, une paralysie du sciatique poplitée externe, avec phénomènes crampoïdes. Ils étudient les caractères cliniques

et soulignent l'intérêt physio-pathologique de ces phénomènes crampoïdes, apparaissant dans des conditions d'attitude et portant sur un groupe musculaire.

Adénome de l'hypophyse avec troubles mentaux. — Considérations sur quelques points de technique opératoire, par M. M. Clovis VINCENT
Mlle Fanny RAPPOPORT et M. Henry BERDET.

Présentation d'une malade opérée au début de novembre d'un adénome de l'hypophyse. Avant l'intervention, troubles mentaux très accusés apparus depuis quelques mois, en même temps que les signes d'hypertension intracranienne et les troubles de la vue, et évoluant avec eux. Disparition complète des troubles après l'intervention, sauf en ce qui concerne les troubles de la vue (fibres détruites).

Incision pratiquée de telle façon qu'elle soit invisible, une fois les cheveux repoussés, sans cependant nuire à la clarté du champ opératoire. Curetage contrôlé de toute la capsule de l'adénome, ce qui doit avoir pour résultat de rendre moins fréquentes les récidives. Les auteurs ajoutent qu'un autre progrès serait d'enlever complètement la capsule.

Un cas d'encéphalite aiguë à forme cérébelleuse pure,
par MM. J. LHERMITTE et Jacques de MASSARY.

Présentation pour la 2^e fois d'une jeune fille qui était atteinte, en 1929, d'un syndrome cérébelleux net (station debout impossible) et pur, secondaire à un épisode infectieux aigu avec délire et hallucinations. Elle est aujourd'hui considérablement améliorée par un traitement au néosilbersalvarsan ; la marche est devenue possible, la dysmétrie est très diminuée. Les auteurs discutent à nouveau le diagnostic. Ils éliminent la sclérose en plaque (absence de phénomènes oculaires), la maladie de Von Economo (pas d'évolution parkinsonienne), l'ataxie aiguë de Leyden Westphal (amélioration manifeste), et concluent à la forme cérébelleuse pure de l'encéphalite épidémique (encéphalite aiguë cérébelleuse de Redlich), due à un virus neurotrope voisin de celui des trois maladies précitées, mais différent cependant, et encore inconnu.

J. TUSQUES.

Société de Médecine Légale de France

Séance du 14 Décembre 1931

Présidence : M. MAUCLAIRE, président

Traumatisme et maladie de Basedow, par M. Marcel LABBÉ.

Le professeur *Marcel Labbé* étudie le problème de l'origine traumatique de la maladie de Basedow. Il s'agit, dans ce cas, d'une malade de 40 ans qui, victime d'un accident d'automobile, présenta peu à peu, à partir de la fin du 2^e mois qui suivit le traumatisme, tous les signes classiques de la maladie de Basedow (tremblement, insomnie, tachycardie, exophtalmie, amaigrissement, élévation du métabolisme basal).

Sur cette question, les auteurs se partagent en 2 groupes :

1^o ceux qui admettent le rôle de l'émotion et du choc dans le déclenchement des troubles basedowiens et de l'hyperthyroïdie (Charcot, Debove, Trousseau, Dieulafoy).

Cette opinion fut reprise pendant la guerre par Bérard, qui signala un grand nombre de cas de basedowisme chez l'homme (moins atteint que la femme en temps normal). Dans quelques cas, on fit jouer un rôle direct au traumatisme (cas de Duplan, fracture de la clavicule, 5 cas de Sergent : blessure thoracique). On invoquait les lésions du sympathique cervical. Le syndrome du « cœur du soldat », de la « tachycardie de guerre » suscita les études de White et Johnson, de Lian, de Canone, qui envisageaient l'excitation de la thyroïde ou des capsules surrénales par le sympathique irrité.

2^o ceux qui n'admettent aucun rapport de causalité entre l'émotion ou le traumatisme et la maladie de Basedow (Gallavardin et Aubertin, Roussy et Cornil, Crouzon, Sollier, Lhermitte).

M. *Marcel Labbé* démontre que l'opinion de ces derniers est justifiée par les faits. Il signale qu'on attribue souvent trop de valeur au récit des malades, que beaucoup d'observations publiées en faveur du rôle de l'émotion ou du traumatisme étaient incomplètes ou insuffisamment poursuivies, qu'elles se réfèrent à des faits très disparates. La plupart de ces cas ont trait à des syndromes para-basedowiens liés à une excitation du système sympathique, à des troubles neuro-végétatifs, sans véritable maladie de Basedow. Ces troubles ne sont pas définitifs et n'ont pas les conséquences graves du vrai basedowisme.

La véritable maladie de Basedow comporte 2 ordres de signes :

1^o un syndrome nerveux (para-basedowien), tremblement, tachycardie, émotivité ; 2^o l'hyperthyroïdie : exophtalmie et surtout *amaigrissement*

et augmentation du métabolisme. En l'absence d'hyperthyroïdie, on ne peut conclure à la maladie de Basedow.

Il existe des cas incontestables de maladie de Basedow apparus à la suite d'un traumatisme, tel celui de la malade précitée, mais ces cas ne correspondent sans doute qu'à une simple coïncidence, ou bien ils sont apparus trop tardivement après le trauma, ou encore la réalité de celui-ci ne peut être établie. En conclusion, *M. Marcel Labbé* estime que l'émotion et le traumatisme peuvent provoquer des syndromes parabasedowiens, mais qu'ils sont incapables de déterminer la maladie de Basedow.

Un nouveau test clinique simple d'émotion, applicable à l'examen des prévenus : Le pH urinaire différentiel, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Georges d'HEUCQUEVILLE.

MM. Laignel-Lavastine et Georges d'Heucqueville ont cherché un test de l'état affectif qui pût être appliqué aux prévenus, estimant qu'aujourd'hui l'expert ne dispose d'aucune méthode certaine pour le dépistage d'un pervers inémotif, d'un hyperémotif, d'un schizophrène, d'un simulateur. Ni les stigmates de Dupré, ni la méthode des associations de Binet, ni celle du réflexe psychogalvanique, mise au point par Gelma, ne sont utilisables pour l'expertise. La mesure du pH différentiel (nécessitant seulement deux verres et un flacon de réactif) s'effectue aussi aisément que la recherche de l'albuminurie. Elle consiste à mesurer la différence entre l'acidité à la fin et au début d'un interrogatoire de 20 minutes pratiqué à 10 heures du matin et sollicitant au maximum l'émotivité du sujet. Elle permet d'apprécier l'émotion éprouvée par le sujet au cours de cet interrogatoire. Les diverses émotivités se classent selon plusieurs types, essentiellement un type sain et des types tarés.

DISCUSSION

M. Henri Claude estime qu'on ne peut que se féliciter de rassembler le plus d'éléments possibles dans l'appréciation du psychisme des individus, mais il se demande si la recherche du pH urinaire est susceptible de nous donner des éléments de certitude. En médecine légale, on ne peut utiliser que des arguments sûrs. Or, l'interprétation du pH urinaire est très complexe. De très nombreuses recherches faites chez quantité de sujets sains et de malades de tout ordre conduisent à des variations déconcertantes et fournissent des résultats d'interprétation difficile. *MM. Laignel-Lavastine et d'Heucqueville* se sont placés dans des conditions expérimentales spéciales. Si leur méthode paraît plus sûre, on est cependant en droit de se demander quelles conclusions pratiques on en peut tirer à l'égard du problème de la responsabilité. Il semble nécessaire d'étudier pour cela l'individu dans d'autres conditions et dans des circonstances diverses.

M. Marcel Labbé insiste sur les difficultés de l'interprétation du pH urinaire qui est sujet à de nombreuses variations sous les influences les plus diverses (alimentation, heures des recherches). Il estime qu'il faut être très prudent dans l'appréciation de ses résultats.

M. Laignel-Lavastine est d'accord sur la grande instabilité du pH urinaire, mais il fait remarquer que, dans l'étude du pH différentiel, c'est la variation des chiffres obtenus avant et après l'interrogatoire du sujet qui est intéressante et non pas le chiffre de base. Il y a parallélisme entre l'émotivité et l'importance de la variation du pH.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 28 Novembre 1931

Présidence : M. HOVEN, président

Endartérite des petits vaisseaux du cortex, par M. DIVRY.

M. Divry relate l'observation anatomo-clinique d'un homme de 25 ans qui a vu s'installer, en 3 ans environ, une faiblesse motrice puis une hémiparésie progressive du côté gauche avec contracture très modérée. Au point de vue mental, on notait un certain degré d'affaiblissement intellectuel avec bradypsychie. Pas de signes de la série pyramidale ; pas de signes d'hypertension intracrânienne. Cependant la ventriculographie montrait une augmentation de volume de la corne frontale gauche.

Dans les antécédents, on relève une maladie cérébrale mal déterminée survenue dans l'enfance (à 9 ans), d'une durée de 15 jours et n'ayant pas laissé de séquelles.

Une trépanation pour tumeur cérébrale probable montra au niveau des zones rolandique et pariétale un aspect anormal du cortex qui fut pris pour un gliome diffus. Décès par pneumonie.

Examen anatomique : méninges normales ; atrophie généralisée des hémisphères à prédominance pallidale avec hydrocéphalie. Histologiquement : atrophie parenchymateuse probablement primitive avec forte prolifération du tissu interstitiel, vasculaire et névroglique. Prolifération des petits vaisseaux, avec endartérite, surtout au niveau des 2^e et 3^e couches du cortex. Pas de signes inflammatoires. Prolifération énorme de la microglie et de la macroglie. Ependymite granulaire.

L'auteur discute l'interprétation du cas. Il s'agit d'une sclérose généralisée qui s'apparente probablement à la sclérose lobaire et dont l'étiologie reste obscure.

Le grand âge et les maladies organiques graves sont-ils toujours une contre-indication à la malariathérapie chez les paralytiques généraux ?
par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Après avoir rappelé que dans la littérature moderne l'artériosclérose et les lésions organiques graves sont souvent encore considérées comme des contre-indications formelles à la malariathérapie, les auteurs signalent que sur 50 paralytiques généraux malarisés par eux au cours des dix derniers mois au Centre psychiatrique de Bruxelles, dix étaient atteints de maladies organiques véritablement très graves (cardiopathies non compensées, néphri-

tes, albuminurie, urémie grave, scléroses diverses). Sur ces dix malades, huit ont parfaitement supporté la malaria et deux sont morts. Au point de vue mental, la proportion de résultats favorables a été la même que chez les sujets jeunes. Les auteurs signalent les précautions qu'il y a lieu de prendre dans la conduite du traitement de ces cas spéciaux — notamment le maintien d'une fièvre tierce par l'administration de néo-salvarsan à petites doses — et expriment l'avis que les contre-indications réelles à la malariathérapie sont très rares.

« Complexe d'Œdipe », par M. van ACKER.

M. Van Acker cherche à démontrer que le « complexe d'Œdipe » n'existe que dans l'imagination des psychanalystes. Se basant sur de nombreuses citations de Freud lui-même, il se livre à une critique des théories psychanalytiques, et notamment de l'interprétation des rêves, critique dont les détails doivent être lus dans l'original.

Election du Bureau

Sont élus pour l'année 1932 :

Président : M. OLIVIERS.

Vice-Président : M. DIVRY.

J. LEY.

Séance du 19 Décembre 1931

Présidence : M. HOVEN, président

De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions,
par M. René CHARPENTIER (de Paris).

Sur l'invitation de la Société, M. René Charpentier expose dans une brillante conférence la genèse et l'évolution des notions concernant l'hérédité, la dégénérescence et les constitutions psychiques. S'appliquant à rendre justice à ces précurseurs, il rappelle l'importance donnée aux altérations physiques liées aux tares psychiques et morales, tant par Morel dans ses *Aliénations héréditaires* que par Magnan dans sa conception de la Dégénérescence héréditaire ou acquise.

Indiquant les aspects successifs de la très ancienne question des rapports du physique et du moral, M. René Charpentier montre ce que deviennent au point de vue étiologique et nosologique, dans les diverses classifications, les notions, qui se précisent peu à peu, d'hérédité, de prédisposition, de constitution, en rapport ou non avec des types anthropologiques, morphologiques, endocriniens.

Essai de discrimination de l'état de déséquilibre des dégénérés, la doc-

trine des Constitutions psychopathiques, de Dupré, possède en elle-même une signification nosologique. Achille Delmas et Marcel Boll en font la base d'une intéressante théorie de la personnalité. Sous l'influence de Kræpelin et de Bleuler, Kretschmer décrit des Constitutions psychiques normales, en rapport avec des types morphologiques définis, et susceptibles de donner naissance à des constitutions pathologiques. Après avoir exposé et discuté successivement les différents points de vue, M. René Charpentier rappelle les notions récentes sur le rôle du vago-sympathique et des glandes endocrines en pathologie mentale et en caractérologie générale.

Née du démembrement de l'état primordial de déséquilibre mental des dégénérés, la doctrine des Constitutions est un essai d'individualisation, de discrimination, pour les uns de dispositions psychiques exclusivement, et, pour les autres, de complexions somato-psychiques dans lesquelles les fonctions endocrino-sympathiques semblent devoir occuper une place importante, jusqu'ici insuffisamment précisée. Elle offre des cadres d'attente, permettant, dans une certaine mesure, de comprendre, de classer, de prévoir. C'est beaucoup si l'on songe à la difficulté du problème que pose depuis toujours, à la psychiatrie, le groupe considérable et mal différencié des malades près desquels elle trouve son application.

Cette intéressante conférence, que malgré la complexité et l'étendue du sujet M. René Charpentier sut rendre lumineuse, fut suivie d'un échange de vues auquel prirent part MM. Aug. Ley, L. Vervaeck, G. Vermeylen et René Charpentier.

Contribution à l'étude de l'endartérite syphilitique,
par M. F. D'HOLLANDER (de Louvain).

L'auteur, s'appuyant sur la démonstration de nombreuses préparations histologiques, montre les différences qui existent entre les altérations artérielles dans la syphilis tertiaire vraie et dans la paralysie générale. Dans la première il y a d'importantes lésions de périartérite (infiltration de petites cellules rondes, dont la majeure partie sont des lymphocytes) ; dans la seconde ce n'est pas la règle, et l'on trouve en outre des plasmocytes qui ne se rencontrent jamais dans la syphilis tertiaire vraie. De plus, parmi ces éléments infiltrés, on trouve des éléments endothéliaux provenant de la prolifération des parois. Cet ensemble peut donner naissance par un processus de dégénérescence à des masses périvasculaires entourées d'éléments mûrifformes, qui constituent des gommès miliaries.

Il existe également des cas mixtes qui sont des formes de transition entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale. Cette dernière, lorsqu'elle est diffuse, peut se traduire cliniquement par des phénomènes démentiels voisins de ceux de la paralysie générale. Anatomiquement on trouve alors des processus dégénératifs graves avec prolifération de la microglie, mais la recherche du spirochète donne toujours des résultats négatifs. Ces cas réagissent à un traitement antispécifique, et l'étude anatomique explique ainsi que certains états démentiels d'allure paralytique puissent être favorablement influencés par un tel traitement.

**

A l'issue de la séance, une réception intime fut organisée en l'honneur du Docteur René Charpentier, dans les nouveaux locaux de la Faculté de Médecine.

J. LEY.

Société belge de Neurologie

Séance du 28 Novembre 1931

Présidence : M. BOUCHÉ, président

Syndrome bulbaire ; présentation de malade, par M. MAGE.

Malade qui depuis plusieurs années souffrait de troubles vasculaires : hypertension, artérite des membres inférieurs, claudication intermittente. Brusquement, se sont installés les symptômes suivants : maux de tête, vomissements, vertiges, diplopie, latéropulsion gauche. L'examen révèle un hémisyndrome cérébelleux gauche, kinétique et statique, avec hémianesthésie alterne à type syringomyélique accompagnée de phénomènes douloureux au toucher. La diplopie est due à une parésie du droit supérieur gauche dans sa fonction élévatrice. L'auteur discute le diagnostic, et démontre le nystagmus rotatoire à direction horaire caractéristique des lésions de l'hémibulbe gauche.

Sclérose latérale amyotrophique et syphilis ; présentation du malade, par M. L. VAN BOGAERT.

Malade présentant les symptômes classiques d'une sclérose latérale amyotrophique, mais cependant sans secousses fibrillaires. Le sujet a eu la syphilis en 1920 et a été traité légèrement. Les premiers symptômes ont apparu en 1929 et les atrophies musculaires ont évolué malgré le traitement spécifique institué. Le liquide céphalo-rachidien qui était positif est devenu négatif, mais malgré cette guérison sérologique, l'évolution continue. L'auteur pose la question d'une association morbide simple ou d'une intervention de la syphilis dans les symptômes présentés.

Affection tremblante progressive ; présentation du malade ; discussion du diagnostic, par L. VAN BOGAERT.

Il s'agit d'un homme de 70 ans qui à 37 ans a dû cesser son métier pour tremblement lors des petits mouvements. Ce symptôme augmente progressivement, atteint la face, gêne la parole. Aucun signe pyramidal ou extrapyramidal. Par les mouvements le tremblement est renforcé, devient grossier et irrégulier. Pas de déséquilibre cérébelleux. Petits angiomes sur tout le corps.

En raison des caractères de la voix, de l'absence de nystagmus, l'auteur croit à une atrophie cérébelleuse tardive (type kinétique de Schuster).

Narcolepsie et polyglobulie, par M. MOREAU.

M. Moreau rapporte deux cas de narcolepsie, dont un avec cataplexie. Chez tous deux : signes hypophysaires frustes, polyglobulie et hyperhémoglobinémie. Comme l'augmentation du nombre des hématies n'est pas très important, l'auteur ne croit pas pouvoir établir un rapport causal entre polyglobulie et narcolepsie, mais il leur assigne une étiologie identique : l'atteinte diencéphalique. Il signale aussi le bon résultat de l'éphétonine dans ses cas.

Variations cytologiques observées dans les centres nerveux après injection d'alcool ou de toxine diphtérique dans les troncs nerveux, par M. DAGNELIE.

L'auteur rapporte les résultats de ses expériences sur la souris et le lapin : l'injection d'alcool à 90° dans l'hypoglosse, suivie de paralysie, détermine centralement, au 18^e jour, des lésions des corps cellulaires avec augmentation de la colorabilité, hypertrophie des appareils de Golgi.

Après 50 jours, l'aspect est absolument normal. La toxine diphtérique détermine des variations cellulaires moins nettes, mais ici certaines cellules disparaissent complètement.

Trois cas de méningiomes.

MM. Divry et Christophe relatent trois cas de méningiomes opérés, dont deux avec résultats très favorables et un mort au cours de l'intervention. Tous trois avaient présenté des crises d'épilepsie, et l'un d'eux, dont la tumeur était située au niveau de la région temporale droite, des phénomènes douloureux très violents dans le bras droit. Les détails doivent être lus dans l'original.

Election du Bureau.

Sont élus pour l'année 1932 :

Président : M. MARCHAL.

Vice-Président : M. BREMER.

J. LEY.

Société Catalane de Psychiatrie et de Neurologie

Séance du 10 Novembre 1931

Présidence du Dr J. CORDOBA

Encéphalomyélite disséminée du type de la sclérose en plaques avec amyotrophie, par MM. A. SUBIRANA et M. ARMENTERAS (de Barcelone)

Les cas-limites des maladies sont le grand écueil de la nosographie. Voici un exemple. C'est l'observation d'un homme de 45 ans, sans aucun antécédent spécial, qui présente de la claudication et de la parésie des jambes, avec vertiges et troubles de l'équilibration. Amélioration et nouvelle poussée par deux fois. Perturbation progressive des sphincters, paresthésies (sensation de « décharge électrique ») et amblyopie transitoire. Au fond : signes pyramidaux irritatifs, abolition des réflexes abdominaux, symptômes vestibulaires, syndrome cérébelleux. Décoloration de la partie temporale de la papille. En outre, un processus évident de poliomyélite antérieure chronique. Courbe du benjoin et de l'or subpositives.

S'agit-il, en réalité, d'une sclérose en plaques de forme amyotrophique ? Il est préférable, peut-être, suivant la conception des grands syndromes étiologico-cliniques de Barré, d'employer la dénomination qui sert de titre à cette communication.

Sur un cas de polyradiculo-névrite. Discussion du rôle étiologique de l'alcool et de la syphilis, par M. E. TOLOSA-COLOMER (de Barcelone).

Une femme de 40 ans, avec antécédents d'alcoolisme et de syphilis (faussecouche et syphilis verruqueuse), est atteinte de paresthésies, de douleurs et de parésie des membres inférieurs. Finalement, paraplégie polynévritique typique. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 1 gr. 20 ; Pandy et Ross-Jones : positifs ; cellules : 6 par mm³ ; Wassermann et benjoin : négatifs ; sang : négatif. Traitement spécifique. Amélioration, mais avec une séquelle : paralysie flasque, amyotrophique et douloureuse, et réaction de dégénérescence.

La dissociation albumino-cytologique fait penser à une participation radiculaire. Mais, au point de vue étiologique, on doit envisager une origine syphilitique, avec une cause adjuvante alcoolique, comme dans les cas semblables de Traubaud.

Pédophilie sado-masochiste avec eunuchoïdisme acromégaloïde, par M. R. SARRÓ (de Barcelone).

Jeune homme de 23 ans, le père étant un pyknique, la mère et une sœur névropathes et la famille assez religieuse. Antécédents d'énurèse.

Asthénie et anxiété constantes. Cœnesthésie dysphorique. Organo-névrose diffuse. L'anarchie domestique est à l'origine de la haine du malade contre sa mère. Il a tenté d'étudier et de travailler plusieurs fois, sans aucun résultat. Vie sociale presque nulle. Acromégaloïde. Testicules assez petits. Selle turcique normale. Au point de vue sexuel, le patient peut être qualifié de pédophile et de sado-masochiste.

D'après l'analyse, on peut grouper les symptômes de la façon suivante : 1. Cœnestopathie neurasthénique avec dysphorie ; 2. Complexus endocrinovégétatif, hypophysaire et génital ; 3. Troubles du caractère et 4. Conduite psycho-sexuelle perverse.

Il est possible que le facteur somatique explique le tempérament et l'hyposexualité, mais il ne donne pas la cause de la perversité, qui est une chose réactive, la terminaison d'un processus d'adaptation de la personnalité et de sa cœnesthésie.

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

Séance du 24 Novembre 1931

Présidence du Dr J. CORDOBA

Névrite rétro-bulbaire et altérations radiologiques intra-craniennes.
Interprétation diagnostique, par MM. A. SUBIRANA et F. SALAMERO (de Barcelone).

Présentation d'un malade de 42 ans, qui souffre d'une céphalalgie superciliaire gauche et d'une amblyopie gauche depuis longtemps. Chute avec blessure de la paupière gauche l'année dernière. Au mois de juin, le patient avait perdu la moitié inférieure du champ visuel gauche. Marche du type cérébelleux et vertiges à gauche. Anosmie bilatérale (coryza aigu). Atrophie optique d'aspect rétro-bulbaire à l'œil gauche. Petit syndrome pyramidal à droite. Syndrome cérébelleux gauche. Sang et liquide céphalo-rachidien normaux. Radiographies du crâne : selle turcique élargie et clinoides postérieures assez spéciales ; limites peu nettes de la petite aile du sphénoïde.

Il s'agit, très probablement, d'un méningiome de la petite aile du sphénoïde ou bien d'une tumeur pré-frontale. L'hypothèse d'une néoplasie intra-sellaire ou supra-sellaire n'est pas non plus à négliger.

Souvenirs obsessifs pendant les crises oculogyres.
Analogies avec l'onirisme, par M. R. SARRÓ (de Barcelone).

Présentation d'un garçon de 20 ans, atteint d'une séquelle extra-pyramidale post-encéphalitique. Antécédents d'énurèse, de troubles de la conduite et d'un traumatisme avec commotion cérébrale. Après la chute sur la tête, spasmes oculogyres supérieurs, très typiques. Pendant les crises (5-

15 minutes), il semble que la pensée s'arrête, mais avant de terminer celle-ci, le patient assiste à une véritable vision involontaire des souvenirs les plus variés (onirisme), qui ne sont jamais réactifs. Quand le malade dort beaucoup, la fréquence des crises diminue.

Les phénomènes obsessifs de ces crises oculogyres peuvent se distinguer des autres appartenant au fond psychopathique constitutionnel. Ils seraient plutôt « hypnoïdes ».

Encéphalomyélite aiguë disséminée chez deux jumelles, par M. B. RODRÍGUEZ-ARIAS (de Barcelone).

Deux sœurs jumelles de 17 ans, accusent en même temps les signes d'une infection encéphalomyélitique. Exitus de l'une, en 24 heures, avec phénomènes de myélite ascendante et de syncope bulbaire. L'autre, mais un peu plus tardivement, offre une symptomatologie diffuse et finit par guérir.

La seconde observation est très intéressante, non pas au point de vue clinique (le syndrome, progressivement diffus, a été classique ; le cours, exceptionnellement rapide et presque mortel), mais plutôt par la possibilité d'arriver à faire le diagnostic pré-clinique, au moyen d'une ponction lombaire (dissociation albumino-cytologique ; réaction lymphocytaire intense) pratiquée avant le développement des symptômes typiques, quand on soupçonnait une identité de processus infectieux chez ces deux sœurs. Elle est importante, aussi, parce que la crise favorable des symptômes cliniques a été annoncée par une crise évidente de la réaction méningée (albumine totale et cellules). Il est vrai que les recherches ont été quotidiennes. Il faut noter, enfin, le succès total (du moins actuellement : guérison depuis deux mois, sans séquelles) d'une cure antiseptique (urotropine et salicylate de soude « per os » et par voie intra-veineuse) et sérologique (sang des parents et d'une encéphalitique guérie et sérum anti-poliomyélitique, par voies hypodermique et intra-rachidienne).

Des cas indiscutables d'encéphalite léthargique ont été observés dans le même temps par l'auteur.

Céphalalgie très intense par ostéite syphilitique du crâne, par M. P. MAZA (de Barcelone).

Un malade qui se plaignait de maux de tête, sans explication satisfaisante, a été étudié au point de vue radiographique. Les radios ont montré l'existence d'une ostéite crânienne d'aspect syphilitique. Une cure spécifique énergique a fait disparaître rapidement les douleurs et tous les signes cliniques. Il serait à conseiller, dans tous les cas similaires, de penser à la possibilité d'une ostéite du crâne.

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE L'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Toronto (Ontario), 1^{er}-5 juin 1931

Président : Dr Walter M. ENGLISH

Les débilés intellectuels au Canada, par M. W. ENGLISH,

Dans son discours d'ouverture, M. W. English évalue à 27.620 le nombre des débilés intellectuels connus en Canada. L'importance sociale du problème qu'il pose s'appuie sur les statistiques faites en Angleterre et au pays de Galles, où 50.000 sont hospitalisés sur 123.000 dénombrés et sur le prix de revient de l'entretien de ces malades en Amérique, variant de 300 à 700 dollars par an, selon les Etats. L'auteur estime que le Canada devrait autoriser l'emploi d'une méthode de stérilisation eugénique analogue à celle qui est en vigueur depuis 1909 dans l'Etat de Californie, où une Commission d'Etat est investie à cet égard de pouvoirs discrétionnaires.

De la propagation des principes d'hygiène mentale dans le grand public, par M. Sanger BROWN (d'Albany, N. Y.).

L'auteur reprend les points essentiels du vœu exprimé au Congrès d'hygiène mentale de Washington, par le Dr Hincks. Il insiste sur la nécessité d'organiser un enseignement qui multiplie les possibilités d'application individuelle des principes de l'hygiène mentale. Sous la direction des médecins de famille et des psychiatres, un personnel non médical devrait entreprendre l'éducation des parents ainsi que celle des milieux scolaires et industriels. Ainsi pourraient être mieux compris et résolus nombre de conflits psychologiques. M. Brown envisage successivement l'utilisation des journaux quotidiens, des tracts de propagande, des bulletins d'hygiène mentale créés dans chaque Etat et par chaque société d'intérêt national, des conférences, des cours spécialisés, des organisations d'infirmières visiteuses, de la radiodiffusion.

Rapport des tests psychométriques dans les Ecoles de Montréal, par le Dr A. H. DESLOGES (de Montréal).

Le Dr A.-H. DESLOGES (de Montréal), signale les efforts faits dans la province de Québec pour séparer, dans les écoles publiques, enfants normaux et anormaux. Il rappelle qu'au Connecticut, à la naissance de chaque enfant, la mère reçoit une brochure traitant de l'hygiène mentale. En Louisiane, les professeurs de collèges et les étudiants sont invités à des visites hebdomadaires aux cliniques spéciales, organismes d'hygiène mentale où l'on s'efforce de leur démontrer, par rapport aux asiles d'aliénés, l'efficacité supérieure de ces établissements.

Le Dr A.-H. Desloges insiste sur l'utilité pour tous des pratiques d'hygiène mentale et communique les résultats suivants obtenus dans les Ecoles de Montréal :

	ANNÉES SCOLAIRES		TOTAL
	1929-30	1930-31	
Nombre d'écoles visitées	18	48	66
Population écolière	12.543	26.352	38.895
Nombre d'enfants signalés	2.305	3.564	5.869
Nombre d'enfants examinés	1.710	2.776	4.486
RÉSULTAT DE L'EXAMEN :			
Nombre d'enfants normaux	238	424	662
Nombre d'enfants anormaux	1.472	2.352	3.824
	1.710	2.776	4.486
DIVISION DES ANORMAUX :			
(a) instables	83	59	142
(b) arriérés	1.112	1.930	3.042
(c) arriérés et instables	277	363	640
	1.472	2.352	3.824
RECOMMANDATIONS : (pour b et c)			
1. Classes ordinaires :			
Lenteur intellectuelle	461	747	1.208
2. Classes spéciales :			
Frontière	519	878	1.397
Débilité mentale	202	478	680
	721	1.356	2.077
3. Institution pour arriérés :			
Débilité mentale	173	148	321
Imbécillité	33	41	74
	206	189	395
4. Hôpital de la Baie St-Paul :			
Idiotie	1	1	2

Il est à noter que l'examen n'a été fait que dans les 1^{res}, 2^{mes} et 3^{mes} années de chaque école. La population de ces classes est d'environ 50 0/0 de la population totale des écoles visitées.

Des variations des fonctions cardio-respiratoires dans l'étude des personnalités, par MM. John E. LARSON et G. W. HANEY (de Chicago).

Les auteurs ont cherché depuis plusieurs années à établir l'existence de corrélations entre certains états psychiques et les variations fonctionnelles organiques objectivement appréciables qui leur correspondent. C'est dans cet esprit qu'ils ont étudié l'élévation de la pression artérielle, l'augmentation de fréquence du pouls, qui surviennent, par exemple, soit chez le simulateur en action, soit chez les déments précoces catatoniques, lorsque l'interrogatoire éveille leur complexe.

Le traitement des états de stupeur, par M. Karl H. LANGESTRASS (de Washington)

A la suite des travaux de Loevenhart, de Lorenz et de Waters, l'auteur a utilisé avec succès une méthode où s'allient la pyréthothérapie, la psychothérapie et l'inhalation de mélanges gazeux (acide carbonique et oxygène). Dans les cas favorables, l'amélioration, voire même la guérison, se seraient maintenues pendant plusieurs mois.

Psychanalyse des gens mariés,
par Mme Clarence OBERNDORF (de New-York).

L'auteur considère que le mariage représente le mode le plus élevé des relations psycho-sexuelles, en ce qu'il comporte non seulement l'accomplissement d'obligations, mais aussi une capacité de renoncement et d'amour indéfiniment soutenue ; le sujet névrosé ne possède, à cet égard, que des possibilités assez limitées, et ce fait seul suffirait à déterminer rapidement la discorde conjugale. Toute névrose survenant à l'occasion du mariage démontrerait que l'individu n'a pu se libérer de son mode infantile de fixation affective. Se fondant sur la longue étude psychanalytique de quatre couples, Mme Oberndorf conclut à la nécessité de démontrer au malade l'existence et la valeur des facteurs inconscients dont l'action a pu déterminer le conflit conjugal. Il ne doit, en aucune manière, assumer la responsabilité soit d'une séparation, soit de la poursuite de la vie conjugale.

Abraham Lincoln, humoriste, par M. A. BRILL (de New-York).

Le Dr Brill s'est livré à une étude psychanalytique de l'esprit de Lincoln. A son avis, le Président souffrait d'un sérieux état dépressif dont il combattait, d'une manière singulièrement efficace, les manifestations, et cela en mobilisant contre les paroxysmes de son émotivité, la profonde richesse de son esprit. Chaque fois qu'une situation prenait un caractère d'acuité insupportable, il lui était toujours possible de protéger son moi par une dérivation humoristique.

Structure intime des schizophrénies, par M. Gregory ZILBOORG
(de White Plains, N. Y.).

M. Zilboorg montre combien les classifications purement descriptives sont insuffisantes à exprimer le dynamisme de toute névrose ou psychose. La complexité des états psychopathiques s'accroît avec leur durée; leur apparence, à un moment donné, exprime la résultante de réactions répétées ou accumulées qui aboutissent à des constellations très variées, dont le malade peut être incapable de se délivrer par son propre effort. Selon lui, les schizophrénies ne présentent pas, à leur début, les traits essentiels que l'évolution morbide ne ferait qu'accentuer. Elles ne sont qu'un état terminal où, après une série d'essais malheureux, d'efforts avortés, se réfugie la pensée morbide. Les caractères cliniques ne sont acquis qu'au moment où la prévalence de l'autisme ne permet plus une confrontation efficace avec le réel. Se fondant sur les étapes successives reconnues au moyen d'une technique psychanalytique, M. Zilboorg résume ainsi sa conception dynamique des schizophrénies. Dans l'ordre chronologique se succèdent d'abord des états qu'il qualifie d'hystérie infantile, se poursuivant sous forme de « névrose d'obsession », laquelle, vers 8 ou 10 ans, serait convertie en « névrose d'impulsion » ; le terrain serait ainsi préparé pour l'éclosion de la psychose si, à l'âge de la puberté ou un peu plus tard, le malade est incapable de socialiser ses tendances. Le succès d'une cure lui a montré que la schizophrénie n'est pas un processus irréversible, mais un élément d'une chaîne psycho-pathologique dont il faut remonter successivement les étapes, afin que le sujet puisse se dépouiller de son orientation névropathique et des superstructures édifiées sur les premières tendances morbides.

Essai de psychothérapie des schizophrénies, par MM. W. MALAMUD
et Wilbor MILLER (d'Iowa City).

Les auteurs attirent l'attention sur trois points, qu'ils considèrent comme essentiels :

1. Il est absurde de vouloir transformer un sujet au point de lui conférer un esprit théoriquement normal. C'est trahir la pensée de Bleuler et méconnaître la valeur sociale à laquelle peuvent prétendre certaines personnes ayant présenté les caractères des schizophrénies abortives, corroborées, ainsi que l'a montré Kretschmer, par un type morphologique correspondant.

2. Pour les fins de la psychothérapie, il est actuellement vain de discuter s'il s'agit d'une affection organique ou psychogène. Les arguments des deux côtés n'entraînent aucune évidence, et l'on sait, par ailleurs, qu'il est possible d'influencer heureusement par la psychothérapie, les composants psychiques de certaines affections organiques du système nerveux. (Ex. Syndrome de Parkinson post-encéphalitique).

3. Chacun concevant un peu la schizophrénie à sa manière, il est difficile de s'entendre. Les auteurs sont inclinés à penser que le processus schizophrénique peut être envisagé comme un état de régression. Ils adoptent le point de vue de Freud, pour qui le groupe des psychoses est avant tout constitué par les paranoïas et les schizophrénies, et représenterait le développement de tendances infantiles qui se réalisent sans frein, au mépris de l'ambiance sociale. Si, pour les névroses, le thérapeute doit s'efforcer de rompre la chaîne logique des processus de répression des tendances sub-conscientes,

dans les psychoses, il convient au contraire de renforcer l'armature logique de l'esprit. Dans ce but, il conseille d'abord :

a) De déterminer le mécanisme sous-jacent au contenu psychosique, mais au lieu d'abandonner le malade au jeu des associations libres, par exemple, le médecin doit lui faire face, intervenir activement et diriger la séance, sans se livrer d'ailleurs à aucune controverse.

b) Il faut gagner la sympathie du sujet, et pour éviter les suites fâcheuses des réactions de début, la première période du traitement doit être assurée à l'hôpital.

c) On procède ensuite à une sorte de réfection des modes, selon lesquels le malade doit envisager logiquement le monde extérieur. En même temps, on doit s'efforcer de discipliner ses tendances émotionnelles. Mais, pour cela, il faut intervenir le plus précocement possible, avoir la chance d'obtenir du malade un effort réel dans le sens désiré et pouvoir compter chez lui sur un développement intellectuel suffisant à la compréhension de ce qu'on lui propose.

d) De petites doses d'amytal faciliteraient les entretiens. Des résultats cliniques très démonstratifs auraient été obtenus ainsi en un temps relativement court (quelques mois au plus).

Oscar-J. RAEDER.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Psychopathia sexualis. *Etude médico-légale à l'usage des médecins et des juristes*, par le Dr R. V. KRAFFT-EBING, ancien professeur de Psychiatrie et de Clinique neurologique à l'Université de Vienne, 16^e et 17^e éditions allemandes, refondues par le Dr Albert MOLL, traduction française par René LOBSTEIN, docteur en droit, bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Paris. — Préface du Dr Pierre JANET, de l'Institut, Professeur au Collège de France. (1 vol. in-8°, 907 pages, in *Bibliothèque Médicale*, Payot, édit., Paris, 1931).

Publié en allemand en 1869, traduit en français en 1895, l'ouvrage de Krafft-Ebing a été mis à jour en 1923 par Albert Moll qui était tout désigné pour exprimer la pensée de l'auteur et la compléter à l'aide des travaux ultérieurs et d'une importante contribution personnelle. Il faut remercier M. René Lobstein d'avoir mis à la disposition des médecins spécialistes et des juristes français une excellente traduction de ce traité psycho-pathologique et médico-légal de la sexualité qui contient une riche documentation de 447 observations cliniques. M. René Lobstein fait remarquer la différence qui existe dans l'objet de la répression en criminologie sexuelle entre la loi française, qui veut surtout protéger les mineurs, punir les violences et réprimer le scandale public, et la loi allemande qui punit en eux-mêmes, et quelles que soient les conséquences, une seule sorte d'« actes contre-nature » et l'inceste.

Si cette nouvelle édition n'est pas tout à fait un ouvrage nouveau, le livre est cependant passé de 592 pages à 907 pages. Des chapitres entiers, ceux qui traitent de l'exhibitionnisme, de la pédophilie, de la zoophilie, ont été entièrement refaits. Des chapitres nouveaux ont été ajoutés sur les tendances amoureuses bizarres, sur l'auto-sexualisme, sur la façon de sentir sexuelle contraire, séparée par M. Albert Moll de l'homosexualité.

Comme le fait observer, dans la Préface, le Professeur Pierre Janet, les troubles innombrables des conduites sexuelles ont des conséquences graves, non seulement pour la santé physique et morale de l'individu, mais encore pour la vie et le bonheur des autres. De nombreux problèmes juridiques se trouvent posés qui exigent pour leur solution une compétence spéciale. A côté de la tendance à la détumescence et de la tendance à la contrectation

décrites par Albert Moll et qui sont les deux degrés élémentaires de la fonction génératrice, le Professeur Pierre Janet signale l'importance des actions de jeu, des impulsions à la recherche de l'excitation, sur lesquelles il a insisté dans ses leçons réunies sous le titre « De l'angoisse à l'extase », et dont il a été rendu compte ici.

Krafft-Ebing et Moll déclarant pervers tout acte sexuel qui ne répond pas à l'intention de la nature, qui est la reproduction. M. Pierre Janet trouve cette définition très extensive et insuffisamment précise. Pour lui, il y a trouble pathologique quand l'acte sexuel devient excessif et dangereux pour l'individu ou pour les autres membres de la Société et se trouve par conséquent en opposition avec les lois sociales, quand l'impulsion à cet acte considéré comme excitant devient trop grande, trop exclusive, détermine des déséquilibres dans les forces psychologiques et tend à produire des souffrances et des désordres mentaux.

Comme Krafft-Ebing et Albert Moll, M. Pierre Janet conclut à la relation des perversions sexuelles et des dégénérescences, reliant les perversions sexuelles aux autres obsessions et aux autres troubles de l'asthénie psychologique. Il signale l'importance du scrupule et de la timidité sexuelle parmi les causes des inversions sexuelles.

René CHARPENTIER.

Le cerveau, l'esprit et les signes extérieurs de l'intelligence, par Bernard HOLLANDER. (1 volume, 288 pages, 47 planches hors-texte. George Allen and Unwin Ltd, London, 1931).

Les localisations cérébrales sont connues depuis l'antiquité. Leur conception a périodiquement été battue en brèche. On a vécu longtemps, au siècle dernier, avec la théorie de l'unité du cerveau. C'est Flourens qui, à la suite d'expériences célèbres, refusait d'isoler des fonctions psychiques. Les idées ont évolué depuis. On ne peut pas dire que telle région du cerveau est dépourvue de telle fonction sous le prétexte qu'une lésion de cette région n'a pas amené la perte de cette fonction, pas plus qu'on ne peut conclure que le foie ne fabrique pas la bile parce qu'on a trouvé une lésion hépatique sans diminution de la production biliaire.

Hollander croit qu'il est possible de tirer quelques arguments en faveur des localisations psychiques en étudiant l'anatomie comparée du cerveau et celle du crâne dans l'état normal et les cas pathologiques.

Les renseignements fournis par la mesure du poids et du volume du cerveau sont d'abord à éliminer. Ils n'indiqueraient d'ailleurs qu'un ensemble d'aptitudes physiques et psychiques, et non pas la valeur de l'intelligence. Les résultats obtenus varient suivant des circonstances étrangères aux données vraiment scientifiques : ainsi le cerveau de Cuvier pesait 1.800 grammes et Spitzka nous apprend que Cuvier était hydrocéphale ; le cerveau d'Anatole France, dont le poids n'atteignait pas la moyenne, pouvait, à plus de 80 ans, avoir subi l'atrophie qui touche habituellement celui des vieillards.

Plus intéressante est l'étude de la forme et du développement relatif de certaines parties du crâne et celle des altérations locales. Nombreux sont les cas d'accès anxieux, de mélancolie, de délires sensoriels liés aux lésions des lobes pariétaux ; celles de la partie basse des lobes temporaux s'accompagnent au contraire d'excitation, d'irascibilité. La pathologie expérimentale confirme généralement ces données. L'irritation des zones frontales provoque fréquemment de l'exaltation, de l'euphorie.

Le développement des lobes frontaux à mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, leur atrophie chez l'idiot et l'imbécile ont accrédité cette notion que l'intelligence était en rapport avec l'épanouissement plus ou moins grand de la partie antérieure de l'encéphale. Cette opinion rencontre cependant des contradicteurs ; ils placent l'intelligence partout, ou dans les lobes occipitaux, les pariétaux, ou les temporaux comme Horsley. En 1918, Chatelin et de Martel écrivaient que la conception de la localisation de l'intelligence dans les lobes frontaux n'avait pas reçu le moindre commencement de vérification.

Hollander est formel. La pathologie, dit-il, s'accorde avec l'idée de la localisation frontale. La forme extérieure du crâne fournit un autre argument. On peut concevoir plusieurs types : l'un très développé dans le sens de la hauteur ; il s'agit de sujets doués dans le domaine de l'imagination, de la poésie : Shakespeare, Tennyson, Walter Scott. Le crâne de Socrate, par exemple, s'oppose à celui de Démocrite qui réalise l'autre type, surtout déductif, rationaliste. Ainsi le chirurgien Hunter, réputé pour ses qualités d'observateur, avait des bosses frontales surtout développées en largeur. Chez les sujets dépourvus d'idéalisme et atteints d'atrophie éthique marquée, bien qu'intelligents, la partie basse de la région frontale peut se développer aux dépens de la partie supérieure ; le profil est fuyant : tel est le cas du pape Alexandre VI.

La mémoire aurait également son siège dans la région frontale, mais la facilité de calculer, parfois isolée chez un même individu de toute autre qualité intellectuelle, siège plutôt dans les zones voisines de celles du langage et de l'audition. L'examen des portraits montre encore que, chez les musiciens, les régions temporales, acoustiques, s'hypertrophient : le crâne de Wagner, celui de Beethoven le prouvent et s'opposent au type frontal élevé à aplatissement temporal de Darwin et d'Andrew Lang, dont l'absence totale de dons musicaux était connue.

Enfin, les caractéristiques craniennes du tempérament confirment celles des autres parties du squelette : les bosses frontales sont à limites tranchées, saillantes dans le type pycnique que réalise l'homme d'action qu'était James Fox et, au contraire, elles s'élèvent en lignes longues dans le type asthénique de Montaigne.

L'auteur exprime sa conviction que le cerveau humain qui évolue lentement vers le progrès peut être orienté dès l'enfance et atteindre à un perfectionnement insoupçonné. L'étude des bases anatomiques des qualités intellectuelles, encore rudimentaire, pourra devenir une aide puissante de cette orientation.

P. CARRETTE.

L'Intelligence et la vie. Leurs relations et leurs corrélations dans l'ordre vital, par Francisco de VEYGA. 1 volume, 403 pages. L. J. Rosso, éditeur, Buenos Aires, 1930.

Les préoccupations dogmatiques empêchent souvent les hommes de science et les philosophes de considérer le problème des relations de l'intelligence et de la vie sous tous ses aspects. Ils traitent de l'esprit et de la matière, soit pour les opposer, soit pour conclure que le premier n'est qu'un mode d'activité de la seconde. Ces discussions théoriques sont stérilisantes. F. de Veyga se propose de démontrer que l'apparente opposition des matérialistes et des spiritualistes n'est due qu'à un rétrécissement des points de vue. Toute activité mentale a, d'après lui, une double expression : l'une organique, en rapport avec des modifications appréciables de la vie physi-

que, l'autre fonctionnelle ou d'élaboration des matériaux fournis par l'activité mentale organique. L'auteur indique comment le progrès des sciences médicales a contribué à faire asseoir ces conceptions. Après plusieurs siècles de piétinement, les buts scientifiques, jusque là bridés par la philosophie traditionnelle, elle-même entravée par la suggestion religieuse, se sont élargis rationnellement grâce aux philosophes du XVIII^e siècle, et surtout aux auteurs français. F. de Veyga rend hommage à Cabanis qui le premier exploita les notions nouvelles et donna l'essor au mouvement scientifique médical issu de cette heureuse évolution.

Ainsi, avant d'aborder l'étude des relations de la vie et de l'intelligence à la lumière des données modernes, l'auteur a dû exposer l'historique et la critique des anciennes méthodes. Son ouvrage se divise donc en deux parties. Dans la première, il montre l'intelligence cantonnée dans un étroit domaine sous le régime scientifique ancien, puis les progrès de la biologie et la place qu'elle a prise en psychiatrie. Dans la seconde, nous voyons l'intelligence, fonction de la vie, utiliser le milieu physique, lutter avec lui, freiner le développement de certaines tendances pour une fin supérieure à lui qui est le progrès, effacement de l'individualisme pour le bien de la collectivité et l'amélioration de l'espèce.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude des compressions médullaires. Les varices des veines spinales, par le Dr Jacques MATHIEU (76 pages, *Thèse Lyon*, 1931, Bosc et Riou, édit.).

Dans ce travail, l'auteur groupe les cas, relativement rares, de développement anormal des veines spinales. Celles-ci, après ouverture de la Dure-Mère se présentent sous la forme de vaisseaux flexueux, ectasiés, plus ou moins enchevêtrés, recouvrant une partie souvent importante de la surface médullaire. Cette dilatation peut s'étendre de bas en haut, depuis la moelle cervicale jusqu'à la queue de cheval, elle se trouve surtout localisée à la face postérieure.

Il s'agit là d'une véritable maladie des veines avec altérations constantes de leurs parois ; la moelle n'est que secondairement lésée et en aucun cas ces varices n'apparaissent comme causées par une lésion médullaire. L'étiologie de cette affection demeure obscure.

L'histoire clinique rappelle celle des compressions lentes de la moelle ; l'affection évolue avec une remarquable lenteur. Le diagnostic est souvent délicat ; l'injection sous-occipitale de Lipiodol peut parfois le faciliter. Le Lipiodol peut, en effet, comme dans le cas rapporté par M. Guillaïn, être arrêté suivant des bandes linéaires tantôt horizontales, tantôt verticales, tantôt courbes, ce qui reproduit assez exactement la cause de la compression.

La thérapeutique apparaît à l'heure actuelle comme absolument nulle et on ne voit pas comment on pourrait agir soit sur les lésions des parois veineuses, soit sur le processus scléreux consécutif de la moelle. Tout au plus peut-on tenter une laminectomie permettant, dans certains cas exceptionnels, de lier et d'enlever un paquet variqueux local. Encore se heurte-t-on à des difficultés techniques en raison de l'hémorragie très facile.

E. LARRIVÉ.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La psychiatrie à l'époque de la Renaissance, par Maurice GILLE. *Revue pratique de Biologie appliquée à la Clinique et à la Thérapeutique*, juin 1931.

La Renaissance a vu, dans le domaine psychiatrique, quelques efforts pour dégager la clinique des théories qui faisaient le fond des ouvrages de l'époque précédente. L'auteur rend hommage à Jean Schenckius et rappelle la belle étude que Laignel-Lavastine et Vinchon ont faite de son œuvre dans leur dernier livre d'histoire des maladies de l'esprit. Gille cite les premiers auteurs qui eurent l'audace d'établir des rapports entre les possessions diaboliques et l'aliénation mentale et parle notamment de Thomas Garzoni qui, par son essai de vulgarisation clinique, peut être considéré comme un pionnier de la prophylaxie mentale.

P. CARRETTE.

Cérébration progressive et fondements du talent, par le professeur von ECONOMO (de Vienne). *Archivos de Neurobiologia*, mars-avril 1931.

La structure des différentes couches grises corticales a été établie par des études relativement récentes. L'auteur rappelle que le mérite en revient partiellement à Meynert, qui fut son prédécesseur à la Faculté de Vienne.

Les altérations de certains centres sont en relation avec des manifestations sensorielles précises. Si la conception des localisations cérébrales a été légitimement critiquée sur bien des points, il reste néanmoins des faits indiscutables qu'il faut exploiter, telle par exemple la question des rapports de l'intelligence et du développement du lobe pré-frontal.

Un sentiment de pitié nous porte à sauver de la destruction le cerveau des grands hommes, mais la science se prive sans doute de ressources énormes résultant de l'examen histologique des centres nerveux d'individus dont certaines aptitudes de l'esprit ou des appareils auditifs ou visuels ont été extraordinairement développées.

P. CARRETTE.

Les personnalités psychopathiques ou psychopathes, par Gonzalo R. LAFORA. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, Madrid, 16 mai 1931.

L'auteur cherche à préciser l'état mental de ces anormaux de la vie des sentiments, de la volonté et des impulsions, dont l'intelligence est intacte et qui s'adaptent si mal à l'activité collective. Il distingue les sujets atteints de folie morale, de pseudologique fantastique (Lutz) ou mythomanie, les instables, les indolents, les explosifs (épiléptoïdes de Kretschmer), les sensitivo-paranoïdes qui correspondent à nos paranoïaques non délirants, les hyperthymiques, les déprimés, les obsédés, les chercheurs de leur moi, les pervers sexuels. L'hygiène mentale peut beaucoup pour eux. G.-R. Lafora met tout son espoir dans l'élan généreux de la jeune République espagnole et souhaite qu'avec elle s'ouvre l'ère des réformes en faveur des enfants psychopathes non délinquants.

P. CARRETTE.

Les causes de la souffrance morale chez certains psychopathes, par A. BARBÉ. *Le Progrès Médical*, 23 mai 1931.

Ce sont surtout des femmes qui souffrent des répercussions sociales de leur état. Obsédées, mélancoliques, scrupuleuses, romanesques, déprimées à santé physique précaire, elles cherchent dans leur entourage un réconfort moral qui leur est constamment refusé. Le psychiatre est le refuge tout indiqué. Il doit, en dehors du traitement purement médical, savoir écouter longuement les confidences qu'il sollicite. Barbé estime que cette œuvre psychothérapique est toujours utile ; même quand la malade semble inaccessible aux encouragements prodigués, il faut persévérer et la détente vient peu à peu.

P. CARRETTE.

Signification de la polydipsie psychopathique, par Fernando GORRITI. *La Semana Médica*, Buenos Aires, 12 mars 1931.

Ce symptôme ne doit pas être confondu avec la dipsomanie. Dans les deux cas étudiés par Gorriti il n'apparaît pas comme une impulsion obsédante, mais comme une stéréotypie indiquant une perturbation profonde de la cénesthésie. Une seule fois la polydipsie a pu être assimilée à un équivalent épileptique suivant la conception de Cunha-Lopes encore s'agit-il d'un individu profondément arriéré. Les autres observations concernent des déments ou des délirants systématisés.

P. CARRETTE.

Phobie du bruit et monomanie du repos, par M. AMELINE. *Le Progrès Médical*, 14 mars 1931.

Les excitations sensorielles stimulent le cerveau. Le calme, l'obscurité, l'immobilité sont nuisibles aux déprimés, déclare l'auteur ; quand le bruit et le mouvement agacent, « c'est qu'est mise en branle la sonnette d'alarme avertissant qu'il est besoin de se soigner ».

P. CARRETTE.

Psycho-névrose obsédante de dépersonnalisation avec « moyens de défense » anti-dépersonnalisateurs, par CAMBRIELS, Médecin principal de la Marine. *Encéphale*, avril 1931, p. 330.

Relation très complète, très claire d'un état obsédant (crainte de désagrégation physique, de diffusion dans l'espace) et des moyens de défense curieux employés par le malade pour éviter cette diffusion.

L'auteur considère ce syndrome de dépersonnalisation comme révélateur « d'un tempérament schizothymique ou schizoïde » susceptible d'évoluer par épisodes ou de verser dans la schizophrénie.

Roger ANGLADE

Contribution clinique à l'étude des délires similaires familiaux (Psychoses induites), par Michele EMMA (de Milan). *Rassagna di Studi Psichiatrici* (février 1931).

L'auteur passe en revue la littérature se rapportant aux psychoses communiquées et cite l'observation personnelle d'un cas de psychose à trois, survenue chez 3 frères. Il met en évidence l'importance du facteur héréditaire et constitutionnel. Il interprète ce cas comme une psychose paranoïde hallucinatoire chronique familiale, apparue chez les sujets témoignant de tares héréditaires et d'une prédisposition homologue évi-

dente. Pour en expliquer la pathogénèse, il ne faut pas admettre la contagion psychique, mais démontrer que chacun des sujets a joué à l'égard des autres un rôle semblable à celui des facteurs ambiants. C'est de son entourage que chaque aliéné délirant tire les éléments de son propre délire ; dans ces cas, il y a en plus l'influence du facteur affectif familial. Ces cas correspondent à la démence précoce familiale de Kraepelin. L'auteur insiste sur la nécessité d'une prophylaxie appropriée.

Paul ABÉLY.

Episodes sexuels dans un délire chronique de Magnan, par Fernando GORRITI. *La Semana Médica*, Buenos Aires, 14 mai 1931.

Ces épisodes survenus chez un ancien délirant, à l'âge de 70 ans, font penser à l'auteur qu'il s'agit des premières manifestations d'un état organique sérieux. Un rapprochement clinique s'impose entre ce cas et celui des malades atteints de paralysie générale et transformés par la malariathérapie en délirants paranoïdes. Ces troubles de deux affections différentes pourraient avoir une pathogénie analogue et commander le même traitement.

P. CARRETTE.

La dépression constitutionnelle : asthénie, émotivité, déséquilibre physico-chimique, par Marcel MONTASSUT et Maurice DELAVILLE. *La Presse Médicale*, 27 mai 1931.

Les auteurs insistent sur les caractères de la fatigue des déprimés et sur les états émotifs qui l'accompagnent. L'asthénie commence au réveil ; elle décroît dans la journée et par le travail ; elle augmente à l'occasion des repas, de la balnéation chaude.

Ces manifestations sont en relation constante avec des réactions biologiques anormales dont les auteurs poursuivent l'étude depuis quelques années. La dépression constitutionnelle réalise le tableau de l'alcalose chronique et l'asthénie est proportionnelle à l'intensité de cette alcalose. L'amélioration qui survient quotidiennement à la fin de l'après-midi, est marquée par un retour de l'équilibre acide-base. Le déséquilibre minéral sanguin consiste dans une augmentation constante du potassium plasmatique et une extrême variabilité du taux du calcium. D'où ces simples règles thérapeutiques : limiter l'apport en sels de potassium et introduire dans l'organisme de la chaux, de préférence par la voie veineuse.

P. CARRETTE.

Les psychoses affectives de l'enfance, par J. KASANIN. *The American Journal of Psychiatry*, mai 1931.

La constatation d'une psychose chez l'enfant est un fait rare. Cependant, les troubles mentaux sont moins exceptionnels qu'on ne l'imagine, mais l'enfant manque de moyens d'exprimer ses états émotifs. Sa dépression est mise sur le compte d'un malaise physique pour lequel on consulte le pédiatre et les excès de son hypomanie normale sont réprimés par ses éducateurs.

Dix observations recueillies chez des sujets âgés de moins de 16 ans montrent qu'il s'agit de troubles de l'humeur, d'excitation motrice, d'états dépressifs confusionnels. Dans la moitié des cas, les enfants présentaient

des anomalies physiques. L'étiologie immédiate de troubles mentaux est dépourvue d'intérêt ; c'est le facteur constitutionnel qui mérite de retenir l'attention. Le pronostic de ces états est toujours très sérieux.

P. CARRETTE.

Réactions dépressives relatives à la famille, par Gregory ZILBOORG. *The American Journal of Psychiatry*, mai 1931.

La doctrine de Freud a été appliquée à la psychiatrie par étapes. Les conceptions relatives à la schizophrénie y ont d'abord été incorporées. L'autisme a été rapidement considéré comme justiciable de la cure psychanalytique. Pour la psychose maniaque-dépressive, la résistance a été plus longue. On ne voyait pas bien le point où l'interprétation des états affectifs purs rejoignait les théories kræpelinienues. Gregory Zilboorg se propose de donner un certain nombre d'exemples d'états dépressifs dont la pathogénie peut être établie par les méthodes analytiques. Et, parmi ces formes cliniques, il étudie surtout celles qui se rapportent à des conflits familiaux : sentiments d'infériorité se traduisant en particulier par la crainte d'avoir des enfants, d'augmenter les charges, de ne pouvoir les élever, d'où la haine de l'enfant, puis le remords de ce sentiment, le refuge dans les désirs incestueux, la jalousie et l'essai d'imitation du père, du frère, etc...

L'auteur ne s'arrête pas à l'analyse, ni à l'interprétation de ces états affectifs. Il conseille de pousser la méthode analytique suivant la doctrine orthodoxe avec toutes ses disciplines pour en tirer un réel parti thérapeutique.

P. CARRETTE.

Quelques phases historiques de la synthèse de la psychose maniaque-dépressive, par Smith Ely JELLIFFE. *The Journal of Nervous and Mental disease*, avril et mai 1931, pages 353 à 374 et 499 à 522.

La synthèse de Kræpelin est d'abord étudiée comme la réalisation de l'édifice que les médecins curieux de classifications ont tenté de bâtir depuis les temps les plus reculés. La conception kræpelinienne représente un terrain stable entre les tendances extrêmes des psychologues individualistes et des biologistes généralisateurs. Le Freudisme et les travaux de l'école de Bleuler ne l'ont pas ébranlée. Les études de Lange sur les troubles somatiques des accès de psychose intermittente se sont bien amalgamées à l'ensemble. Les discussions ne portent que sur le détail, sur les limites : situation nosologique de la mélancolie d'involution, bouffées délirantes, part respective d'état maniaque-dépressif et de schizophrénie dans certains syndromes.

A la vérité, les progrès de cette synthèse sont récents. Les auteurs anciens ne s'intéressaient guère à la nosologie. Ils étaient surtout préoccupés de pathogénie et de thérapeutique. Avant Pinel, il n'y avait pas de spécialistes uniquement adonnés à la psychiatrie, mais les médecins, dignes de ce nom, observaient, parfois avec beaucoup de sagacité, les maladies mentales. C'est grâce aux remarquables travaux de l'école française du XIX^e siècle, aux discussions de Falret, de Calmeil, de Baillarger que les premiers pas ont été faits vers la synthèse de la psychose maniaque-dépressive.

Pour le reste, qu'on lise les descriptions des médecins arabes, de ceux du Bas-Empire ou des auteurs du XVIII^e siècle, on trouve peu de divergences

cliniques d'un haut intérêt. S. E. Jelliffe fixe quelques étapes dans son historique ; il fait grand cas de l'essai d'Arétée de Cappadoce et, à la suite de Trélat, il accuse Galien d'avoir copié Rufus d'Ephèse ; il revient sur la régression médiévale motivée par les vaines controverses philosophiques et vante Plater, d'après des documents empruntés au travail de Génil-Perrin. Ces opinions décisives sont, me semble-t-il, prématurées. L'histoire de la psychiatrie ancienne sort à peine du néant et il est sans profit, et d'ailleurs téméraire, de considérer aujourd'hui tel médecin byzantin comme un compilateur et tel autre comme un observateur de génie, alors que tant d'éléments d'appréciation nous font encore défaut.

P. CARRETTE.

L'épisode maniaque réactionnel : ses conséquences et son évolution, par W. McC. HARROWES. *The Journal of Mental Science*, janvier 1931.

La psychogénèse de la manie est toujours très discutée. Harrowes a observé deux cas nets de psychose affective avec réaction maniaque et phénomènes toxiques. Des conflits, des chocs émotifs expliquaient en partie le comportement du sujet. Les préoccupations dominantes, pour légitimes qu'elles puissent être, ne commandent pas uniquement le pronostic, car les troubles physiques surviennent secondairement. Des accès toxiques et d'autres d'origine affective pourraient se succéder chez un même individu.

P. C.

Casuistique gémellaire psychiatrique : Psychose maniaque-dépressive déclanchée par des causes exogènes chez des jumeaux provenant d'une grossesse monovitelline (Exogen amgelöste manisch-dépressive Psychose bei eiesigen Zwillingen), par Jens Chr. SMITH. *Acta psychiatrica et neurologica*, Copenhague, 1931, fasc. 1^{er}. p. 79.

L'auteur rapporte les observations de 2 sœurs jumelles, au tempérament habituellement hyperthymique, chez lesquelles des poussées psychosiques sont déclanchées toujours par des causes exogènes. L'une réagit par des accès mélancoliques, le 1^{er} d'origine puerpérale, le 2^e consécutif à une pneumonie ; l'autre fait un accès maniaque, après une infection grippale.

E. BAUER.

Casuistique gémellaire psychiatrique. Ressemblance des jumeaux et disposition des membranes vitellines (Zwillingsähnlichkeit und die Verhältnisse der Eihänte), par Jens Chr. SMITH, *Acta psychiatrica et neurologica*, Copenhague, fasc. I. p. 87.

L'auteur rapporte les observations de 2 jumeaux issus d'une grossesse bi-vitelline et dichoriale ; leur ressemblance est extrême, sans qu'ils ressemblent particulièrement à la mère. Par contre, 2 jumeaux provenant d'une grossesse monoplacentaire et monochoriale présentent des dissemblances frappantes.

E. BAUER.

Un cas de syndrome de Gélineau, par A. SILVERSTEIN. *Philadelphia Neurological Society. Archives of Neurology and Psychiatry*, juin 1931.

C'est une observation typique de narcolepsie. L'auteur rappelle les caractéristiques du syndrome : son apparition à la puberté, les attaques de sommeil, la cataplexie, l'influence des chocs émotifs. Silverstein est tenté de

rattacher les manifestations décrites à l'encéphalite épidémique sans vouloir généraliser ce rapprochement clinique. Max Levin signale les nombreux cas publiés récemment et les discussions sur la parenté du syndrome de Gélineau avec l'épilepsie et l'hystérie.

P. CARRETTE.

PSYCHANALYSE

Sur l'intérêt de la tentative de Freud, par R. E. LACOMBE, 1931. *Journal de Psychologie*, nos 5-6, pp. 429-454.

Le succès et l'intérêt du Freudisme, s'expliquent en très grande partie parce qu'il satisfait au besoin d'une étude concrète de l'âme humaine. Mais Freud, pressé d'explications et de généralisations rapides, a recouru au « postulat de la motivation », qui sous-tend sa technique d'interprétation du rêve dans ce qu'elle a d'essentiellement psychanalytique, l'étude des associations d'idées libres à partir des éléments manifestes du rêve, les notions de condensation, transposition, symbolisme, ou les idées maîtresses de la doctrine, l'idée de complexe ou celle d'inconscient. Ce que Freud appelle déterminisme psychologique, n'est qu'un finalisme.

Au point de vue purement logique, la position de Freud nous paraît moins criticable qu'à M. Lacombe. Le postulat de la motivation intervient comme hypothèse au début de la recherche : étant admis que certains rêves, très clairs et faciles à interpréter, les rêves de type infantile, ont un sens et semblent l'illusoire satisfaction d'un désir, Freud pense que cette explication pourra servir aussi pour d'autres rêves, moins clairs, mais que le postulat de la motivation pourra servir à déchiffrer ; si les événements de la veille, si la réflexion du rêveur n'y projettent pas une suffisante lumière, le recours à l'étude des associations d'idées libres et spontanées est le seul recours. Quant à la transposition, à la condensation, au symbolisme, ce sont des principes qui se prétendent extraits de l'expérience, des inductions transformables en règle suivant une opération familière à la plus saine pratique scientifique. Freud décrit des rêves-types, mais il affirme la nécessité d'une investigation propre à chaque rêve. Quelques raccourcis de la technique psychanalytique qu'emploient certains psychanalystes, rien n'est aussi peu imputable à Freud que d'avoir cherché à découvrir aux rêves obscurs un sens symbolique « grâce à un dictionnaire établi à l'avance ».

Quant au fond du problème de la motivation — problème capital, car la question posée par la psychanalyse est précisément de savoir si ce que les non-psychanalystes appellent automatisme — n'a pas une signification humaine — il est bien probable qu'il existe des intermédiaires entre la motivation évidente et l'évidente absence de motivation. Il est bien facile de trancher dans l'abstrait. Dans la pratique, on hésite davantage : palilalie ou stéréotypie verbale ? mouvement convulsif, tic ou stéréotypie kinétique ?

Pourquoi M. Lacombe est-il si dur envers Polizer, autre raisonneur abstrait de la psychologie concrète. A cause de ses attaques contre la psychologie ou les psychologues actuels ? Les erreurs et les injustices de Polizer sont précisément ce qui permet de dire sans ambage le bien que l'on pense de certaines pages de Polizer, où il a bien parlé de la psychologie concrète, avant M. Lacombe, notre maître André Lalande les a même copieusement citées.

LAGACHE.

Psychoanalytische Praxis. Revue trimestrielle de psychanalyse. Rédacteur en chef Dr W. STEKEL (de Vienne), éditée chez Hirzel, Leipzig, Vol Ier, fasc. 1^{er}, février 1931.

Cette nouvelle *Revue* est consacrée exclusivement à la pratique psychanalytique. Elle se propose de conseiller les praticiens, en leur fournissant notamment des documents cliniques susceptibles de les guider dans la thérapeutique journalière. Quant aux travaux de doctrine et de critique, ils sont déjà publiés par le « Zentralblatt für Psychotherapie », imprimé chez le même éditeur.

Voici la liste des articles contenus dans le 1^{er} fascicule : 1) la technique de la psychanalyse, par W. Stekel, travail comportant plusieurs suites, et que nous nous proposons d'analyser lorsqu'il aura paru en entier ; 2) le rêve comme baromètre du progrès d'un traitement psychanalytique, par Missriegler ; 3) la technique de la « petite analyse » en cure de maison de santé, par Bien ; 4) Analyse d'une dyspareunie, par Stekel.

Suivent un certain nombre de petites communications cliniques : Particularités des rêves au cours du traitement psychanalytique (par Löwy) ; Parapathie et Phimosis (par Stekel) ; Psychanalyse d'un cas d'arrêt de la sécrétion lactée au bout de 2 mois d'allaitement (par Bretschneider).

E. BAUER.

Two on a tower, par Stanley M. COLEMAN. *The british journal of medical psychology*, 9 avril 1931.

Essai d'interprétation psycho-analytique des personnages (figures d'hommes et de femmes, p. 57-62) et plus particulièrement d'une nouvelle (*Two on a tower*) de Thomas Hardy.

Th. S.

Les rêves et leur relation avec les impressions récentes, par William MALAMUD et Forrest E. LINDER. *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago, mai 1931.

Les auteurs démontrent que l'analyse des rêves des psychopathes, comme celle des normaux, symbolise, déforme ou rappelle les phénomènes psychiques de la vie courante. L'amnésie n'est qu'un phénomène de répression. La technique psychanalytique le prouve par l'étude des troubles affectifs et par les essais de rêves induits.

Ce travail met surtout en relief la relation étroite qui existe entre ces phénomènes dégradés de la vie psychique et les fonctions de la personnalité entière.

P. CARRETTE.

Tentatives heureuses de « socialisation » et de « compensation » dans la psychose maniaque-dépressive, par Leland E. HINSIE. *The Psychiatric Quarterly*, avril 1931.

Une conception nouvelle des psychoses intermittentes, non seulement clinique, mais aussi pathogénique et thérapeutique, a découlé de la synthèse de Kraepelin. On n'a pas manqué d'y ajuster les idées de Freud et la technique psychanalytique. La cure d'un sujet atteint de psychose maniaque-

dépressive doit comprendre un essai de redressement physiologique suivi d'une psychothérapie définitive qui emprunte ses méthodes à l'analyse du subconscient, à l'extériorisation des complexes et à la sublimation.

Le traitement est certes long et délicat. Et d'abord tous les cas ne sont pas favorables. L'association d'éléments schizoïdes chez un sujet est une difficulté souvent insurmontable. Le patient doit avoir la notion de sa maladie et le désir ardent d'en guérir. Tant qu'il ne sera pas le collaborateur du médecin, le travail de socialisation sera stérile.

L'auteur n'a pu réunir, pendant des années de pratique, que 7 heureux bénéficiaires de sa méthode. L'observation détaillée d'un des cas qu'il apporte pour illustrer son exposé n'est malheureusement pas convaincante. Il s'agit d'un sujet émotif, aux prises dès le plus jeune âge avec des difficultés d'éducation résultant de la mort de sa mère. Elevé par une belle-mère paranoïde, lui-même aimant immodérément sa demi-sœur, en lutte avec un beau-frère tyrannique, il est atteint à 27 ans d'une crise de dépression mélancolique dont il guérit. Eloigné ensuite du milieu familial par le mariage, il mène une vie normale depuis 5 ans. Tout ceci est en somme assez simple et s'explique très bien par les circonstances sans le secours des complexes d'Œdipe et autres dont il est fait une minutieuse étude tout au long de l'article.

P. CARRETTE.

L'action des toxiques dans l'aliénation mentale au point de vue psychoanalytique, par A. MARIE. *Le Monde Médical*, 15 mai 1931.

Le fait bien connu de l'extériorisation de certaines pensées cachées sous l'influence de l'intoxication éthylique a été étendu à la pathologie expérimentale. Ce n'est pas seulement l'alcool, mais aussi le sommeil artificiel que donne l'éther qu'on a utilisé comme moyen d'exploration psychologique. L'interprétation de ces phénomènes a servi d'argument aux théoriciens pour ou contre l'origine psychogène ou histogène des troubles mentaux. Loïn de trancher en faveur de l'un des partis, A. Marie se range aux côtés du professeur Claude pour essayer de concilier les 2 conceptions opposées et montre que les formes extrêmes, bases des arguments des uns et des autres, sont reliées par un bien plus grand nombre d'états intermédiaires qui se placent entre les psychoses affectives et les bouffées délirantes manifestement liées aux états organiques.

P. CARRETTE.

Psychanalyse et délit, par Juan Ramón BELTRÁN. *La Semana Médica*, 16 juillet 1931.

Il y a 8 ans que l'éminent professeur de la Faculté de Buenos-Aires applique à l'examen des criminels et des délinquants les procédés de la psychanalyse. Il publie aujourd'hui une nouvelle observation. Les réactions antisociales du sujet sont la conséquence de conflits où les anomalies sexuelles sont prépondérantes. Quand nous rapportera-t-on le cas d'un individu suspect ayant résisté à l'investigation policière et chez lequel la méthode psychanalytique aura permis de recueillir l'aveu qu'il s'obstine à refuser à la justice ?

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Sur la sémilogie de l'hypotonie musculaire : Les syndromes d'hypotonie statique, par Th. ALAJOUANINE et M. GOPCEVITCH. *La Presse Médicale*, 18 avril 1931.

D'un intérêt médiocre dans quelques affections nerveuses à symptomatologie abondante, l'hypotonie mérite cependant une étude complète, car elle peut constituer le seul élément objectif du diagnostic des névralgies sciatiques ou de certains syndromes cérébelleux frustes.

Il convient de la reconnaître au repos par l'appréciation de la perte du modelé musculaire normal dont la topographie exacte doit être précisée, par l'état des réflexes de posture. A ces données il faut ajouter les signes fournis par l'examen de la statique : tonus d'attitude et synergies musculaires de l'équilibration.

Après un exposé pratique très clair, illustré de 12 figures, des moyens d'exploration clinique, Alajouanine et Gopcevitich développent les syndromes hypotoniques des membres inférieurs unis et bilatéraux.

P. CARRETTE.

Essai sur la physiopathologie du tonus musculaire, par Paul COSSA. *La Science Médicale Pratique*, 15 juillet 1931. •

Son maintien exige la participation de plusieurs centres : noyaux gris, cervelet, tronc cérébral, moelle. Le sympathique prend pour beaucoup d'auteurs une importance chaque jour croissante. Il ne devait pas manquer de se voir attribuer un rôle capital dans la régulation du tonus musculaire. En fait, il convient de s'en tenir aux idées exprimées par Foix en 1924. Il n'y a pas un système régulateur général ; il y a un tonus de repos, résiduel, sympathique d'une part, et, d'autre part, un tonus variable pour l'équilibre des segments du corps, la fixation des attitudes, le soutien du mouvement, l'effort. Aussi les altérations du tonus musculaire se retrouvent-elles dans une foule d'affections touchant le système nerveux central et périphérique.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des hypotonies ; astigmatisme, asthénie, hypotension artérielle, par Ch. FLANDIN et JÉAN-GALLOIS. *La Presse Médicale*, 20 juin 1931.

La fatigue d'un sujet amétrope est en général d'autant plus considérable que son amétropie est plus faible. Ce fait paradoxal ne s'explique pas, comme on serait tenté de le faire, par l'effort du malade peu touché, plus grand que celui du malade plus atteint, lequel y renonce parce qu'il en sait l'inutilité. Les auteurs démontrent que le petit astigmatisme avec céphalées est assez souvent un asthénisme hypotendu à déficiences psycho-organiques multiples dont il faut d'abord soigner l'état général.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Sur l'examen anatomo et histopathologique des psychoses, par le Dr Henri HOVEN (de Mons). *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 5, Bruxelles, mai 1931, p. 287.

Dans ce discours présidentiel prononcé à la séance du 31 janvier 1931 de la Société de Médecine Mentale de Belgique, M. Hoven insiste sur l'importance de l'examen nécropsique des aliénés. Il est nécessaire que des cliniques universitaires soient organisées selon les données modernes, avec laboratoires multiples, et que des places de Médecins de laboratoire soient créées dans les grands asiles, réformes que nous réclamons également en France.

M. Hoven illustre sa thèse par toute une série d'exemples. Chez les paralytiques généraux impaludés, les recherches entreprises à la clinique de Wagner Jauregg, les travaux de divers auteurs, notamment de Wilson, montrent le parallélisme entre l'amélioration clinique et la régression anatomique ; la malariathérapie transformerait le tableau de la paralysie générale en un tableau de syphilis cérébrale plus accessible au traitement. Dans un certain nombre de cas de démence précoce, les travaux modernes ont montré non seulement des lésions dégénératives du cortex et du tronc cérébral, mais des altérations au niveau des glandes sexuelles (Mott), de l'atrophie des plexus choroïdes (Monakow), ainsi qu'une diminution du métabolisme général (Pighini). Parfois, l'examen histopathologique a seul permis de rattacher à l'encéphalite léthargique des troubles psychiques pour lesquels on n'avait pu poser qu'un diagnostic d'attente (Maier).

En terminant, M. Hoven émet le vœu que tous les grands asiles soient en relation avec des centres de recherches histopathologiques. Rappelons qu'en France, une préoccupation analogue a conduit M. Trénel à créer un prix destiné à encourager, dans les asiles, l'étude de l'anatomie microscopique du système nerveux.

G. DEMAY.

Les Pinéalomes, par Joseph H. GLOBUS et Samuel SILBERT. *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago, mai 1931.

L'individualisation des tumeurs de la glande pinéale est encore hérissée de grosses difficultés. Les signes cliniques d'une importance primordiale sont empruntés aux altérations de voisinage (ophtalmoplégies) ou au syndrome général d'hypertension intracrânienne. Les manifestations d'une valeur plus précise, comme les altérations des caractères sexuels secondaires, les troubles neuro-végétatifs, restent exceptionnelles.

Les 7 cas rapportés par les auteurs retiennent néanmoins l'attention par des considérations histo-pathologiques. Les tissus tumoraux reproduisent en effet des étapes différentes du développement fœtal de la glande et permettent de reconnaître, ici la forme jeune mosaïquée à deux types de cellules, là la diminution des petites cellules fortement colorées dans les organes plus évolués. Enfin il existe aussi des proliférations de tissus glandulaires définitifs. Les différences entre ces zones altérées et les formations embryonnaires des divers âges consistent dans la régression de certaines parties transformées en kystes, amas calcaires, hyalins ou fibreux.

P. CARRETTE.

La base anatomique de l'emprostotonos, par Nathalie ZAND. *Neurologja Polska*, Tome XIV, n° 1, 1931.

L'auteur rapporte une observation de déviation de la tête à gauche et en avant avec nystagmus, céphalée, vomissements. L'examen *post-mortem* montre l'existence d'une tumeur; les désordres anatomiques importants siègent au niveau des olives bulbaires dont les cellules ont dégénéré. L'olive bulbaire jouerait un rôle dans la coordination des mouvements. Ici, les lésions siègent principalement dans la partie inférieure qui présiderait aux synergies de la nuque.

P. CARRETTE.

Les neurospongiomes, par G. ROUSSY, Ch. OBERLING et G. RAILENU. *La Presse Médicale*, 4 juillet 1931.

Les auteurs désignent sous ce nom les médulloblastomes de Bailey et Cushing. Les neurospongiomes sont des tumeurs d'une malignité extrême; leur point de départ est généralement cérébelleux. Mal délimitées, elles échappent partiellement aux tentatives d'ablation, aussi les récidives sont-elles habituelles après l'intervention chirurgicale. Les éléments qui les composent rappellent les cellules embryonnaires et l'on sait que le cervelet est le siège d'élection des dysembryoplasies.

P. CARRETTE.

Innervation de la glande thyroïde, par José F. NONIDÉZ. *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago, juin 1931.

Les recherches anatomiques, chez le chien, montrent qu'il existe des cellules ganglionnaires dont les prolongements se réunissent en rameaux nerveux qui suivent le trajet des vaisseaux. Partis de la moelle, ils traversent le ganglion sympathique cervical. Le corps thyroïde se comporte comme les diverses régions du tube digestif, puisqu'il est primitivement un diverticule du plancher du pharynx embryonnaire. Des études systématiques devraient permettre de découvrir des formations nerveuses analogues chez l'homme.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

La barrière hémato-encéphalitique. La valeur du diagnostic par l'épreuve du bromure dans les maladies mentales, par S. KATZENELBOGEN et H. GOLDSMITH. *The American Journal of Psychiatry*, mai 1931.

Les patients reçoivent, par la voie buccale, 3 grammes de bromure de sodium chaque jour, pendant 5 jours. Le sixième jour un examen est pratiqué dans le sang et le liquide céphalo-rachidien; la recherche des bromures est effectuée par la méthode calorimétrique de Buerker. Les auteurs trouvent que la perméabilité méningée est le plus souvent normale chez les sujets d'expérience, mais que dans les cas peu nombreux où elle est anormale, elle se présente élevée dans les psychoses organiques, basse dans la schizophrénie, variable dans la psychose maniaque-dépressive et la déficience mentale.

P. CARRETTE.

Etude hydrodynamique de l'obstruction incomplète du canal rachidien au moyen du manomètre de Ayer, par M. J. DE BUSSCHER. *Soc. Belge de Neurologie*, 30 Mai 1931.

L'auteur présente l'appareil manométrique de Ayer pour la mesure directe de la tension du liquide céphalo-rachidien, et montre comment on peut, par l'emploi de plusieurs de ces appareils, placés à divers niveaux du sac arachnoïdal, et par une véritable épreuve des vases communicants, diagnostiquer les obstructions incomplètes du canal rachidien.

J. LEY.

Contribution à l'étude de la réaction de Takata-Ara, par J. SALAS, L. NÁJERA et L. FANJUL. *Archivos de Neurobiologia*, mars-avril 1931.

Cette épreuve, employée par les médecins japonais Takata et Ara est une réaction de coloration et de floculation qui peut être utile pour préciser les altérations du liquide céphalo-rachidien. On ajoute à celui-ci une goutte de solution de carbonate de soude à 10 0/0, puis 0 cm³ 3 d'un mélange à parties égales de fuschine à 0,02 0/0 et de sublimé à 0,5 0/0. Normalement, le liquide doit prendre une coloration violette. Le carbonate en présence du sublimé forme un oxyde de mercure qui absorbe la fuschine en se cristallisant et la coloration est le résultat de la modification de l'indice de réfraction ; mais la présence de colloïdes doués d'un plus grand degré de dispersion peut gêner la réaction et le liquide reste rouge ; c'est le cas de certaines méningites. Ou alors il renferme des protéines instables et la floculation se produit, comme dans la syphilis nerveuse par exemple.

La comparaison des résultats de la réaction de Takata-Ara avec ceux que donnent les recherches courantes que nous effectuons sur le liquide céphalo-rachidien est des plus intéressantes. La réaction de Takata-Ara se montre plus fidèle que celles de Nonne-Appelt, de Noguchi et de Pandey dans la trypanosomiase. Elle concorde avec celle de Wassermann dans la paralysie générale et se modifie parallèlement aux améliorations cliniques dans les rémissions spontanées ou provoquées. Elle est en rapport direct avec les grandes réactions cytologiques, cède avec elles et se montre moins résistante que le Wassermann ou la réaction de Lange.

P. CARRETTE.

Les acides organiques dans le liquide céphalo-rachidien, par R. H. HURST. *The Journal of Mental Science*, janvier 1931.

Le dosage s'effectue par la méthode électrométrique après déprotéinisation par l'acide sulfurique ou phosphorique. Dans les psychonévroses, les paralysies, alors que le liquide céphalo-rachidien ne présente pas d'altérations, appréciables par les procédés habituels, le taux des acides ne varie pas, non plus sensiblement. Dans la paralysie générale, la teneur en acide lactique n'est pas modifiée, mais l'acidité organique totale est notablement augmentée.

P. C.

Recherches sur le comportement de la réserve alcaline du sang et du pH urinaire chez les épileptiques durant les périodes intercalaires et durant les crises convulsives, par F. di RENZO (de Palerme). (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*, déc. 1930).

Les crises convulsives sont précédées d'une augmentation de la réserve alcaline du sang qui se manifeste 24 à 46 heures avant l'accès et qui augmente d'autant plus qu'on se rapproche de la crise. Dans les dernières minutes qui précèdent immédiatement l'accès, on constate un abaissement rapide de cette même réserve alcaline qui tend à revenir à la normale. Pendant la crise, elle se maintient à un taux normal et y demeure à moins qu'un nouvel accès se prépare. Le pH urinaire a le même comportement, avec cette différence, cependant, que le déplacement des valeurs est de moindre importance. Ces résultats prouvent que la crise convulsive coïncide avec le moment où se produit une rapide irruption dans le torrent sanguin de composés acides et avec l'augmentation des ions Ca dans le plasma. Aussi est-il permis d'admettre que l'accès épileptique est lié à l'équilibre acide-base des tissus et aux troubles des phénomènes électrolytiques.

Paul ABÉLY.

Le calcium du sang et des urines chez les Démentes précoces, par S. GULLOTTA (de Catane). *Rivista di Patologia nervosa et mentale*, nov. 1930.

L'auteur résume ainsi ses recherches :

Le taux du calcium chez les déments précoces récents est augmenté. Chez les chroniques simples, ce même taux oscille dans les limites normales. Chez les chroniques agités, il est habituellement augmenté. Chez les catatoniques et quel que soit le temps de la maladie, il est abaissé.

Expérimentalement chez l'homme, pendant l'état cataleptique provoqué par la bulbo-capnine, on constate un abaissement du taux du calcium et du potassium dans le sang.

L'augmentation du taux du calcium chez les schizophrènes récents paraît être l'expression d'une insuffisance hépatique.

Paul ABÉLY.

Le pH et la réserve alcaline dans les maladies mentales, par Cesare POL (de Piacenza). *Rivista sperimentale di Frenatria* (mars 1931).

L'auteur constate une diminution constante et intense du pH sanguin dans les états d'excitation et dans la confusion mentale. Le pH est normal ou à peine abaissé dans les états dépressifs.

Parallèlement, se remarque une élimination importante des ions H (abaissement du pH urinaire), alors que cette élimination est très faible dans les états dépressifs ou confusionnels.

La réserve alcaline est fortement diminuée dans les états d'excitation, elle demeure normale dans les états dépressifs.

Dans les cas de délire aigu, il y a, au début, une chute brusque de la réserve alcaline, laquelle, dans un temps assez court, revient à la normale sauf dans les cas à évolution mortelle.

Paul ABÉLY.

Recherches sur les modifications de la réserve alcaline du plasma sanguin du pH urinaire et de la fréquence des accès convulsifs à la suite de l'administration de certains médicaments anticonvulsifs et du chlorure de calcium chez les épileptiques, par F. DI RENZO et A. VITELLO (de Palerme). *Rivista di Neurologia*, février 1931.

Chez les épileptiques à la suite du traitement par le « Comizial » ou le « Luminal », on constate une profonde modification de la courbe des valeurs de la réserve alcaline du plasma sanguin et une légère augmentation du pH urinaire.

La modification de la réserve alcaline s'accroît à mesure que l'on prolonge le traitement. Elle se manifeste par la disparition de la courbe qui précède l'accès (augmentation progressive puis chute brusque à la dernière période), par l'augmentation progressive de la réserve alcaline. A la suite du traitement par le chlorure de calcium intraveineux, on constate, dès la seconde injection, un abaissement de la réserve alcaline et une augmentation du pH urinaire.

Ces conclusions sont contraires aux hypothèses qui voient dans l'alcalose sanguine la cause du déclenchement des accès convulsifs. D'autant plus qu'on remarque l'inefficacité totale du traitement par le chlorure de calcium et les succès relatifs par le Luminal.

Paul ABÉLY.

L'action de l'hyperthyroïdie sur les phanères étudiée chez la poule et son inhibition par l'hématoéthyréine, par L. HALLION. *Revue pratique de Biologie appliquée à la Clinique et à la Thérapeutique*, janvier 1931.

Les données actuelles de la pathologie expérimentale sur l'hyperthyroïdie sont, en grande partie, dues aux travaux de Sainton et de ses collaborateurs. Les altérations des plumes obtenues par l'ingestion ou l'injection de produits thyroïdiens chez les gallinacés conduisent à des assimilations cliniques intéressantes. Des cas d'alopécie, de pelade ont été rattachés au syndrome de Basedow et améliorés, dans les formes frustes sans goitre, par l'emploi de l'hématoéthyréine.

P. CARRETTE.

La valeur pronostique du métabolisme basal dans la psychose maniaque-dépressive, par E. MIRA. *Archivos de Neurobiologia*, janvier-février 1931.

On admet que le métabolisme basal est augmenté dans les accès de type maniaque et diminué dans les accès dépressifs. Dans 8 cas de dépression Mira a trouvé un hypermétabolisme marqué ; or ces cas ont évolué rapidement vers un syndrome d'agitation psycho-motrice. Dans 2 autres cas de manie, le métabolisme était diminué et les 2 sujets n'ont pas tardé à se modifier, l'un dans le sens de la stupeur catatonique, l'autre vers la mélancolie typique. Donc, s'il s'établit un désaccord entre le syndrome psychique et le syndrome nutritif, le premier sera subordonné au second et la forme clinique observée sera rapidement inversée.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

La conception moderne de la prison, par L. VERVAECK. *Archivos de Medicina Legal*, Buenos-Aires, 1^{re} année, n° 1, mars-avril 1931.

Les conceptions traditionnelles de la répression et les méthodes de traitement pénitentiaire se sont profondément modifiées depuis quelques années. Aujourd'hui toute maison de détention devrait posséder un laboratoire d'anthropologie criminelle, dirigé par un aliéniste de carrière, disposant d'un service d'observation psychiatrique. Là seulement les prévenus suspects de troubles mentaux ou nerveux peuvent être surveillés et observés, jour et nuit, par des infirmiers ayant la formation scientifique nécessaire pour remplir cette mission.

Il est nécessaire de réaliser un système pénitentiaire, tenant compte des nécessités thérapeutiques des différentes formes de la délinquance. Dans un premier établissement, dit prison d'observation anthropologique, tout condamné passera une période d'observation criminologique. De là il sera envoyé dans l'un des établissements de traitement pénitentiaire qui lui conviendra le mieux. Ce sera, suivant le cas, soit la prison-école pour les jeunes délinquants; soit une prison ordinaire; soit un établissement de défense sociale pour les récidivistes invétérés et comprenant quatre sections: prison cellulaire pour les indisciplinés et les pervers, ateliers industriels de régime sévère, colonies agricoles à régime doux, et colonie de déportation; soit un hôpital ou hospice pénitentiaire pour les malades chroniques; soit une prison-sanatorium pour les tuberculeux; soit un sanatorium pour les détenus atteints de névroses et de maladies du système nerveux; soit un sanatorium pour les alcooliques et toxicomanes; soit une colonie pénitentiaire psychiatrique, prison-asile pour les dégénérés, les anormaux et les débiles mentaux; soit un asile pénitentiaire pour les aliénés criminels déclarés irresponsables et pour les condamnés atteints de démence en cours de détention.

Ainsi conçue, la prison, dans toutes ses modalités répressive, éducative, thérapeutique et sociale, constituera un organisme efficace de défense et de prophylaxie pour la société, en même temps qu'elle sera pour le délinquant un instrument actif et bien dirigé de sa restauration physique et de son élévation morale.

LAUZIER.

Le projet de loi de 1928 sur « l'état dangereux sans délit », par Isodoro de BENEDETTI, Roberto A. LASALA et Jorge Romero BREST. *Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal*, Buenos Aires, janvier-février 1931.

Ce projet de loi argentine vise un grand nombre d'individus dont le mode de vie peut constituer un risque pour la sécurité sociale.

Du point de vue théorique, la notion de protection se heurte aux droits de la liberté individuelle. Dans une étude judicieuse les auteurs montrent que cette incompatibilité est inadmissible en réalité. L'ancienne notion de châtiment disparaît pour être remplacée par celle de la défense sociale. La liberté humaine n'existe que par rapport à la vie commune; tous les individus vivent dans un état étroit d'interdépendance. Chacun doit apporter

sa collaboration au bien-être général. Celui qui ne peut remplir sa tâche doit être aidé et aussi, dans certains cas, mis dans l'impossibilité de satisfaire ses tendances nocives.

Qui définira cet état dangereux ? — Des juges et des médecins aptes à résoudre les questions de sociologie, de psychologie, de psychiatrie médico-légale et constitués en un corps d'experts dont les décisions porteront sur la nécessité de l'assistance, de la séquestration ou de la libération. Les catégories suivantes ont été établies : 1. aliénés non internés ; 2. alcooliques et toxicomanes ; 3. mendiants et vagabonds ; 4. clients, et 5. exploitants de maisons de jeux clandestins ; 6. profiteurs habituels de l'activité des prostituées.

Les auteurs déplorent l'omission des mesures concernant l'enfance abandonnée et la délinquance juvénile.

P. CARRETTE.

Création en Allemagne d'organismes d'enquêtes biologico-criminelles.
(*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Bruxelles, Tome XI, n° 3, mars 1931).

Aujourd'hui se répand de plus en plus l'opinion que le criminel ne mérite pas seulement l'intérêt du juge, mais aussi, et tout particulièrement celui du médecin. Suivant les paroles du Dr Weddinge, un criminel est essentiellement le produit de son « univers » et de son éducation, et c'est vers cette façon de voir que convergent toutes les idées relatives à l'exécution moderne du châtiment. Celle-ci implique nécessairement que la peine ne sera pas expiée sans avoir été étudiée avec soin, et c'est pourquoi l'on vient de créer en Prusse des organismes d'enquêtes biologico-criminelles. Ces organismes sont actuellement au nombre de neuf, dans les prisons de Berlin, Breslau, Münster, Cologne, Wittlich, Francfort-sur-Mein, Cellnov, Reinbach et Halle. Leur direction est confiée aux médecins de ces prisons qui, autant que possible, sont des psychiatres. Les examens auxquels sont soumis les détenus ont pour but de donner une base rationnelle à la détermination du traitement pénitentiaire. Toutes ces institutions nouvelles existent depuis longtemps en Belgique et il faut se réjouir de les voir se répandre peu à peu dans les autres pays.

LAUZIER

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER 1932 de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 janvier 1932*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 25 janvier 1932*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 février 1932*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Roussette, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 22 février 1932*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 mars 1932*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

Le quatrième lundi du mois de mars coïncidant avec la période des vacances universitaires (lundi de Pâques), la Société a décidé de ne tenir au mois de mars qu'une seule séance, le jeudi 10 mars.

Election.

L'élection à une place de *membre titulaire* déclarée vacante, aura lieu à la séance du lundi 22 février 1932. Les lettres de candidature à cette élection devront être parvenues au Secrétaire général *avant* la séance du lundi 25 janvier 1932.

Légion d'Honneur.

M. le D^r VIGNAUD, Trésorier du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, médecin-directeur de la Maison de Santé, 2, rue Falret, à Vanves (Seine), est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur*.

Nécrologie.

M. le Professeur Antoine RÉMOND (de Metz), professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse où il enseigna longtemps les maladies mentales et nerveuses.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS**Légion d'Honneur.**

M. le D^r MÉZIE, médecin-directeur de l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur*.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique.*Médaille d'or :*

M. le D^r Aug. MARIE, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

M. le D^r E. TOULOUSE, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

Médaille d'argent :

M. le D^r HAMEL (Maurice), médecin-chef honoraire des Asiles publics d'aliénés.

M. le D^r SCHÜTZENBERGER, médecin-directeur de l'Etablissement neuro-psychiatrique de la Charité-sur-Loire (Nièvre).

Médaille de bronze :

M. le D^r DUCOS, médecin-chef à l'asile d'aliénés de Château-Picon (Gironde).

Honorariat.

M. le D^r MAUPATÉ est nommé médecin honoraire des Asiles publics d'aliénés.

Nominations.

M. le D^r SIZARET (Jules), médecin honoraire des Asiles d'aliénés est nommé médecin-chef de service intérimaire du quartier d'aliénés de l'hospice de Pontorson (Manche).

M. le D^r IZAC, est nommé médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord).

M. le D^r BURCKARD est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle).

M. le D^r CHATAGNON est nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise.

M. le D^r DAUSSY est nommé médecin-chef de service à l'Asile de Quatre-Mares, à Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).

M. le D^r HYVERT est nommé médecin-chef de service à l'Asile de Dury-les-Amiens (Somme).

Concours pour l'emploi de médecin du cadre des Asiles publics d'aliénés.

Un concours pour 10 postes de médecin des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au Ministère de la Santé publique, le *lundi 4 avril 1932*.

Concours de l'Internat en Médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Un concours pour 5 places d'interne titulaire en médecine et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle (Service libre de Prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, le *mercredi 9 mars 1932*.

HOPITAUX ET HOSPICES

Nomination.

M. le Dr Paul MEIGNANT, ancien interne des hôpitaux de Paris et des asiles de la Seine, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin neurologue de l'Hospice départemental J.-B.-Thiéry, à Maxéville, près de Nancy.

Frais d'hospitalisation des aliénés.

Sur la proposition de M. de Fontenay, au nom de la cinquième Commission, le Conseil Municipal de Paris vient d'émettre l'avis qu'il y a lieu de fixer à 23 fr. 99 le prix de pension à réclamer par l'Administration générale de l'Assistance publique à la Préfecture de la Seine, à partir du 1^{er} janvier 1932, pour l'hospitalisation des aliénés du département, internés dans quartiers d'asile de Bicêtre et de la Salpêtrière et à la Fondation Vallée.

MINISTÈRE DES COLONIES

Commission d'assistance et d'hygiène mentale du ministère des Colonies.

L'article 3 de l'arrêté du 25 septembre 1925 est remplacé par le suivant :

La Commission consultative d'hygiène mentale est composée de quatre membres, nommés par arrêté du ministre, dans les conditions indiquées ci-dessous.

a) Six membres proposés par l'inspecteur général du service de santé des colonies, parmi les médecins militaires coloniaux ou métropolitains en activité ou en retraite présents à Paris et parmi les personnalités coloniales spécialisées dans les questions d'hygiène ;

b) Six membres proposés par le président de la ligue d'hygiène mentale ;

c) L'inspecteur général du service de santé des colonies ou son adjoint le représentant : un médecin militaire ou civil de la 4^e section de l'inspection générale du service de santé des colonies.

La participation volontaire des membres de la Commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ou indemnité.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES

Prix Dagnan-Bouveret.

L'Académie des Sciences Morales et Politiques a décerné le *Prix Dagnan-Bouveret* à M. Daniel LAGACHE, ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure, agrégé de philosophie, interne en médecine des Asiles de la Seine.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro*

LE
PLUS MANIABLE
DES
HYPNOTIQUES

A CHACUN
SA DOSE

SOMNIFÈNE
"ROCHE"

SOMMEIL
NORMAL

RÉGLABLE
A VOLONTÉ

RÉVEIL
AGRÉABLE

AMPOULES
TROUBLES MENTAUX
AGITATION INTENSE
CONVULSIONS, ÉPILEPSIE
ETC.

Fasde Substances
du Tableau B

SÉDATIF PUISSANT
CONSTANT. RAPIDE
SANS DANGER

20 à 50 Gouttes
et plus

GOUTTES
INSOMNIES SIMPLES
OU COMPLIQUÉES
AGITATIONS, EXCITATIONS
ETC.

PRODUITS
F. HOFFMANN-LAROCHE & Co
21, Place des Vosges
PARIS

R. C. SEINE
127.005

INFORMATIONS

X^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE

Copenhague (Danemark), 22-27 Août 1932

Première Communication

1. Conformément aux résolutions prises au IX^e Congrès International de Psychologie de 1929 à New-Haven (U. S. A.), le dixième Congrès International de Psychologie aura lieu à Copenhague du lundi 22 au samedi 27 août 1932.

Le Congrès aura lieu sous le haut patronage de S. M. le Roi de Danemark.

2. Pourront être admis comme membres actifs les psychologues et les savants des sciences se rapprochant de la psychologie. Seront admis en outre, à une partie des séances du Congrès, à titre de membres passifs, les personnes qui pourraient s'y intéresser.

3. La cotisation est pour les membres actifs de 150 fr. français et pour leurs dames de 60 francs. Pour les membres passifs, la cotisation est de 60 francs.

4. Les langues officielles du Congrès seront : l'allemand, l'anglais, le français et l'italien.

(A suivre, page d'annonces, XVI).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- en cure libre --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

— PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminéralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphaliques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou
Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GÉNOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgts (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

X^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE

Copenhague (Danemark), 22-27 Août 1932

(suite)

5. Le Congrès sera divisé en sections selon le nombre et le caractère des communications annoncées. Il sera organisé, en outre, quelques symposies communes avec des conférenciers spécialement invités.

6. Pendant la durée du Congrès, des réceptions seront organisées pour les membres et leurs dames, et les membres auront l'occasion de voir les curiosités de la ville sous la direction de guides experts.

7. L'American Express Company s'est chargée de réserver des chambres pour les membres du Congrès.

8. En rapport avec le Congrès de Copenhague, l'organisation de voyages pour visiter les institutions psychologiques des pays voisins est mise à l'étude. Le Comité du Congrès a reçu une information d'après laquelle M. le professeur D. Katz, Rostock, s'est chargé, au nom de la « Deutsche Gesellschaft für Psychologie », d'organiser les voyages ayant pour but la visite des institutions allemandes et autrichiennes et de fournir tous les renseignements qu'on pourrait désirer.

Au nom du Comité National :

Edgar RUBIN.

Chèques postaux : Copenhague 27710. — Copenhague K. Studiestraede 6.

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VESINET (S.-et-O.).

Tél. Régional : 755 et 850



Traitement des maladies
de la nutrition, des affections
organiques fonctionnelles du
système nerveux
et des intoxications.



REPOS, CONVALESCENCES,
RÉGIMES,
ELECTRICITÉ MÉDICALE



Etablissement
ouvert à tous les médecins.

5 pavillons séparés dans un parc de 2 hectares
Chambres munies de tout le confort moderne avec salles de bains et W.C. privés

NI ACCOUCHEMENTS, NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins résidents

Médecin-Directeur : D^r Paul ALLAMAGNY

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

LE VÉSINET - MAISON DE SANTÉ -

(S.-et-O.)

DE LA

Téléphone : 12

VILLA DES PAGES

**AFFECTIONS NERVEUSES, CONVALESCENCES
ET MALADIES DE LA NUTRITION
CURES DE RÉGIMES**

L'installation de 1^{er} ordre permet l'emploi de tous
les agents physiques : *Hydrothérapie, Electricité,
Rayons ultra-violet, infra-rouges, Lumière,
Diathermie, Aérothérapie.*

PARC DE 5 HECTARES - 12 CHALETS POURVUS DU CONFORT MODERNE

Médecins Directeurs : D^{rs} RAFFEGEAU, MIGNON et LEULIER
Médecin-adjoint : D^r PICARD

ASSOCIATION D'ÉTUDES SEXOLOGIQUES

(A. E. S.)

Fondée le 10 juillet 1931

SIÈGE SOCIAL : 31, rue Saint-Guillaume (7^e)

L'Association d'études sexologiques a été créée sur l'initiative du D^r Toulouse par un groupe de personnalités appartenant à la médecine, aux sciences biologiques et sociales, à la politique, et qui se sont réunies à M. Justin Godart, ancien Ministre de l'Hygiène, président d'honneur et promoteur de cette ligue.

Considérant que le moment est venu de favoriser toutes les études scientifiques concernant les problèmes sexologiques, l'Association, partant de l'examen objectif des questions et tenant compte de toutes suggestions utiles, proposera les mesures susceptibles d'améliorer l'hygiène sexuelle et ce qui dans le statut social en dépend : éducation, union et mariage, natalité et dépopulation, prostitution et prophylaxie spéciale, statut de la femme en rapport avec sa condition biologique.

L'Association, qui accueille les personnes de tout parti et de toute opinion religieuse ou philosophique, entrera en relation avec les groupements français et étrangers poursuivant un but connexe, mais conservera son indépendance. En matière d'opinion et d'action publique, seules les manifestations officielles de l'Association, représentée par son bureau, l'engageront.

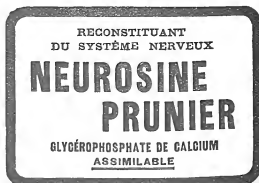
Elle placera au premier plan les études tendant à améliorer la santé physique et morale de la population dans ses rapports avec la conduite sexuelle,

(A suivre, page d'annonces, XX).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



LABORATOIRE DE BIOLOGIE APPLIQUÉE

54, Faubourg Saint-Honoré, 54 - PARIS (8^e)

Médication **ANTIASTHÉNIQUE**

à base de Glycérophosphates α et β
associés à un Extrait Cérébral et Spinal

ANTASTHÈNE

COMPRIMÉS

AMPOULES



COMPRIMÉS

HÉPANÈME

à base d'Extrait très concentré de Foie
(d'après la Méthode de WHIPPLE)
associé au Protoxalate de Fer et au Phosphate de Soude Officiel
Médication **ANTIANÉMIQUE**

TÉLÉPHONE :

V. BORRIEN

ADRESSE TÉLÉGR. :

ÉLYSÉES 36-64 36-45

Docteur en Pharmacie

RIONCAR-PARIS-123



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

ASSOCIATION D'ÉTUDES SEXOLOGIQUES

(suite)

en recherchant d'abord le plein épanouissement de toutes les forces de notre pays.

L'Association est émue notamment par le nombre d'anormaux qui, du fait de tares héréditaires, constituent la clientèle permanente des asiles d'aliénés, des services de chroniques des hôpitaux et des organisations de répression pénale, dont le budget global est écrasant, — population qui entretient des maux physiques et moraux sans nombre, des désordres sociaux continus, et qui, en transmettant les tares, affaiblissent la race. Elle cherchera quels moyens seront les plus capables d'enrayer ces fléaux.

Dans tous les cas elle entend laisser ces problèmes d'éducation, d'examen prénuptial, d'eugénique sur le terrain scientifique et médical, notamment faire dépendre toutes les mesures de l'action des médecins, auxquels les lois civiles et les traditions religieuses ont toujours conféré une large initiative sous leur responsabilité personnelle.

L'Association d'Etudes sexologiques demande à la presse de s'intéresser à ces problèmes et de familiariser ses lecteurs avec l'examen objectif de ces questions d'une si haute portée générale, le silence n'aboutissant qu'à favoriser la transmission des pires maux ainsi qu'à entretenir les désordres de la société actuelle.

Enfin elle prie instamment toutes les personnes de bonne volonté de venir à elle, de faire partie des sections régionales en formation, de la consulter, de l'aider, en s'unissant dans un idéal de perfectionnement humain, allié au plus clairvoyant sentiment national.

(A suivre, page d'annonces XXII).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
 Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
 Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
 qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC

de 8 hectares

à

flanc de coteau

au midi

—

Confort Moderne

—

CHAMBRES

avec

Salles de bains

privées



Cures de Repos

Convalescences

Régimes

Désintoxications

Psychothérapie

Héliothérapie

Malariathérapie

—

MÉDECINS

SPECIALISTES

résidant

au Château

D^{rs} H MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) — D^r : D^r M. de CHABERT

Maison spéciale d'Éducation et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

— Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne) —

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'instruction, l'éducation et le traitement des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un système d'éducation absolument rationnel.

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.

Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon

Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le D^r de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches

Téléphone : 226 CORBEIL

ASSOCIATION D'ÉTUDES SEXOLOGIQUES

(suite)

Conseil d'administration

Le siège de l'Association est rue Saint-Guillaume, 31 : *D^r Jean Dalsace*,
Secrétaire général.

Président d'Honneur : Justin GODART, Sénateur, Ancien Ministre.

Président : *D^r TOULOUSE*, Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique
Henri-Rousselle.

Vice-Présidents : *Mme Maria VÉRONE*, Avocat à la Cour ; *Georges LEREDU*,
Sénateur, ancien Ministre ; *D^r Paul CAUJOLE*, Député ; *Henri SELLIER*,
Conseiller général ; *D^r Henri LAUGIER*, Professeur au Conservatoire des
Arts et Métiers ; *D^r Henri VIGNES*, Professeur agrégé à la Faculté de Méde-
cine.

Secrétaire général : *D^r Jean DALSACE*, Chef de Laboratoire à l'Hôpital
Saint-Antoine.

Secrétaires : *Mme ALBRECHT* ; *D^r Pierre MALE*, Médecin-assistant de l'Hô-
pital Henri-Rousselle.

Trésorier : *J.-M. LAHY*, Directeur à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES HOPITAUX

Pendant le Second Congrès International des Hôpitaux (Vienne, 8-14 juin
1931), les délégués des 41 nations représentées au Congrès et les mandatai-
res des Associations nationales des Hôpitaux, qui existent aujourd'hui

(A suivre, page d'annonces, XXIV).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

**TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

— « PRIX MODÉRÉS » —

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé
l'association **Passiflore-Cratægus** et la
seule qui ne contienne aucun toxique,
soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit
chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG

1, Rue Raynouard -- PARIS

« LA SOLITUDE »

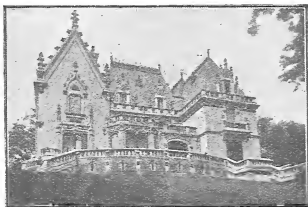
3, rue de Clamart, le Plessis-Robinson (Seine)

Téléphone : CLAMART 134

A. KLACKIN

Administrateur-
Directeur

PARC DE
5 HECTARES



D^r M. MONTASSUT

Ancien
chef de clinique
à la
Faculté de Paris
Directeur Médical

LUXUEUX
CONFORT

Un des points les plus élevés des environs de Paris (210 m.) à 6 km. de Paris
(Porte de Châtillon et de Versailles)

PSYCHONEVROSES. NÉVROSES. SYNDROMES DEPRESSIFS
ET ANXIEUX

LES ÉTATS DÉLIRANTS, DÉMENTIELS ET D'EXCITATION
NE SONT PAS ADMIS

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES HOPITAUX

(suite)

dans une quinzaine de pays, ont fondé une *Association Internationale des Hôpitaux*, dont le but est d'instituer des échanges de vues et une collaboration internationales portant sur tous les problèmes sanitaires, économiques et sociaux relatifs aux hôpitaux.

L'Association internationale, qui est un organisme indépendant, sans but lucratif, accepte comme membres ordinaires les Associations nationales des Hôpitaux et comme membres extraordinaires, d'une part les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance, les personnes attachées à ces institutions, d'autre part les firmes et les personnes qui se trouvent en relations d'affaires avec les hôpitaux.

Les membres de l'Association reçoivent gratuitement son organe, une revue trimestrielle qui paraît sous le titre de « Nosokomeion ». Ils participent sans frais aux Congrès internationaux des hôpitaux. Ils sont invités à collaborer aux travaux des dix Commissions internationales permanentes appelées à étudier l'ensemble des problèmes hospitaliers, et à préparer les progrès réalisables dans cet ordre d'idées.

La cotisation annuelle est de 125 francs français par an pour les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance et les personnes attachées à ces institutions. Elle a été fixée à 250 francs pour les firmes et les personnes qui sont en relations d'affaires avec les hôpitaux.

Les adhésions sont recueillies par le *D^r René Sand, Président de l'Association Internationale des Hôpitaux*, 2, avenue Velasquez, Paris, VIII^e.

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) **Près LYON**

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

MÉDECINS-DIRECTEURS :

D^r J. COURJON, ex-Interne des asiles de la Seine, Médecin des asiles ;
D^r R. COURJON, Médecin des asiles, Chef de Clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur, à MEYZIEU (Isère).

Tél. n^o 5

ou à Lyon, 14, rue de la Barre : D^r J. COURJON,
les lundis, mercredis et samedis, de 3 h. à 5 h.

D^r R. COURJON, les mardis et jeudis aux mêmes heures

Tél. : Barre 40-44



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS

MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris

Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

LE
PLUS MANIABLE
DES
HYPNOTIQUES

A CHACUN
SA DOSE

SOMNIFÈNE
"ROCHE"

SOMMEIL
NORMAL

AMPOULES

TROUBLES MENTAUX
AGITATION INTENSE
CONVULSIONS, ÉPILEPSIE
ETC.

RÉGLABLE
A VOLONTÉ

Posesubstances
du Tableau B

SÉDATIF PUISSANT
CONSTANT. RAPIDE
SANS DANGER

PRODUITS
F. HOFFMANN-LAROCHE & C^e
21, Place des Vosges
PARIS

RÉVEIL
AGRÉABLE

20 à 50 gouttes
et plus

GOUTTES

INSOMNIES SIMPLES
OU COMPLIQUÉES
AGITATIONS, EXCITATIONS
ETC.

R.C. SEINE
127-006

INFORMATIONS

SOIXANTE-CINQUIÈME CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

à Besançon (Mars-Avril 1932)

Le soixante-cinquième Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à Besançon, le mardi 29 mars 1932, à 2 heures. Les journées des mardi 29, mercredi 30, jeudi 31 mars et vendredi 1^{er} avril seront consacrées aux travaux du Congrès. M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts présidera la séance générale de clôture, le samedi 2 avril, à 2 heures.

COMMUNICATIONS FAITES AU CONGRÈS. — Les manuscrits, entièrement terminés, lisiblement écrits *sur le recto*, accompagnés des dessins, photographies, cartes, croquis, etc., nécessaires, devront être adressés, *avant le 1^{er} février 1932, au 2^e Bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur*. Il ne pourra être tenu compte des envois parvenus postérieurement à cette date.

En vue de la publication au *Journal Officiel* des procès-verbaux des séances du Congrès, un résumé succinct de chaque communication devra être joint au manuscrit.

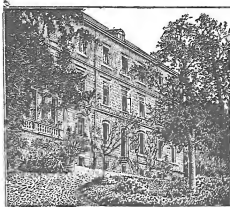
Il est laissé aux congressistes toute latitude dans le choix des sujets traités, qu'ils aient ou non un lien avec le Programme dressé par le Comité des travaux historiques et scientifiques. Toutefois l'inscription à l'ordre du (à suivre, page d'annonces, XVI).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Maladies Nerveuses
et Mentales

Installations modernes
et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D^r H. BERSOT

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

— PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées
Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminalisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GÉNOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgts (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

SOIXANTE-CINQUIÈME CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

à Besançon (Mars-Avril 1932) (suite)

jour du Congrès des communications présentées sera subordonnée à l'approbation de ce Comité.

Ces prescriptions ne restreignent pas le droit, pour chaque congressiste, de demander la parole sur les questions du programme.

CONDITIONS DE PARTICIPATION AU CONGRÈS. — Les personnes désireuses de prendre part aux travaux du Congrès recevront, sur demande adressée, avant le 20 février, à M. le Ministre — 2^e Bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur, — une carte de congressiste donnant accès dans les salles de séances.

Les Compagnies de chemins de fer accorderont aux Congressistes qui auront à effectuer, pour se rendre à Besançon, un parcours simple d'au moins cinquante kilomètres, ou qui payeront pour ce trajet minimum, des autorisations donnant droit au transport à tarif réduit. Ces autorisations, valables sans arrêt dans les gares intermédiaires, comporteront :

L'aller, en toutes classes, au prix ordinaire des billets à plein tarif et le montant de l'impôt établi par les lois des 29 juin 1918 et 3 août 1926, correspondant à 15 p. 100 de l'exemption dont le Congressiste bénéficiera ;

Le retour, gratuit, après visa du Secrétaire du Congrès, en même classe qu'à l'aller et par le même itinéraire.

Les Congressistes désireux de profiter de ces facilités devront en aviser le 2^e Bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur avant le 1^{er} mars 1932, dernier délai, en indiquant exactement leur itinéraire.

Ces lettres seront valables, à l'aller : du jeudi 17 au jeudi 31 mars 1932 inclus, et, au retour : du samedi 2 au jeudi 21 avril 1932 inclus.

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

46, Boulevard Carnot, LE VESINET (S.-et-O.).

Tél. Régional : 755 et 850



Traitement des maladies
de la nutrition, des affections
organiques fonctionnelles du
système nerveux
et des intoxications.



REPOS, CONVALESCENCES,
RÉGIMES,
ELECTRICITÉ MÉDICALE



Etablissement
ouvert à tous les médecins.

5 pavillons séparés dans un parc de 2 hectares
Chambres munies de tout le confort moderne avec salles de bains et W.C. privés
NI ACCOUCHEMENTS, NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

2 médecins résidents
Médecin-Directeur : Dr Paul ALLAMAGNY

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -**

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

LE VÉSINET - MAISON DE SANTÉ -

(S.-et-O.)

DE LA

Téléphone : 12

VILLA DES PAGES

**AFFECTIONS NERVEUSES, CONVALESCENCES
ET MALADIES DE LA NUTRITION
CURES DE RÉGIMES**

L'installation de 1^{er} ordre permet l'emploi de tous
les agents physiques : *Hydrothérapie, Electricité,
Rayons ultra-violet, infra-rouges, Lumière,
Diathermie, Aérothérapie.*

PARC DE 5 HECTARES - 12 CHALETS POURVUS DU CONFORT MODERNE

Médecins Directeurs : D^{rs} RAFFEGEAU, MIGNON et LEULIER
Médecin-adjoint : D^r PICARD

ASSURANCES SOCIALES

Frais d'internement d'un assuré social atteint d'aliénation mentale.

M. Louis VIELLARD, sénateur de Belfort, a demandé à *M. le Ministre du Travail*, si l'assurance-maladie, telle qu'elle est définie par l'article 4, paragraphe 1^{er}, de la loi, couvre les frais de séjour d'un assuré social envoyé dans un asile public d'aliénés ; dans l'affirmative, quel doit être le tarif de responsabilité de la caisse, et pour quelle durée doit-elle servir ses prestations si le traitement se prolonge au delà de cette période, l'assuré doit-il être proposé pour une pension d'invalidité ; si sa famille ne peut participer aux frais de séjour, à qui incombent ; d'une part, la différence éventuelle entre le prix de journée de l'établissement et le tarif de la caisse, et, d'autre part, la totalité des frais de séjour lorsque les prestations de cette nature sont terminées ; *quid* pour le conjoint ou les enfants à charge de l'assuré, sauf en ce qui concerne l'invalidité.

Réponse insérée au Journal Officiel du 3 juin 1931 :

Un assuré social atteint d'aliénation mentale doit être considéré comme un assuré malade au regard de la loi sur les assurances sociales et bénéficiaire, à l'asile d'aliénés, pendant six mois au maximum, à compter du début de la maladie, des avantages accordés aux assurés sociaux hospitalisés.

(Voir suite page XX).

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

MÉDECINS-DIRECTEURS :

Dr J. COURJON, ex-Interne des asiles de la Seine, Médecin des asiles ;
Dr R. COURJON, Médecin des asiles, Chef de Clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur, à MEYZIEU (Isère).
Tél. n° 5

ou à Lyon, 14, rue de la Barre : Dr J. COURJON,
les lundis, mercredis et samedis, de 3 h. à 5 h.

Dr R. COURJON, les mardis et jeudis aux mêmes heures
Tél. : Barre 40-44

LABORATOIRE DE BIOLOGIE APPLIQUÉE

54, Faubourg Saint-Honoré, 54 - PARIS (8^e)

Médication ANTI-ASTHÉNIQUE

à base de Glycérophosphates α et β
associés à un Extrait Cérébral et Spinal

ANTASTHÈNE

COMPRIMÉS
AMPOULES



HÉPANÈME

à base d'Extrait très concentré de Foie
(d'après la Méthode de WHIPPLE)
associé au Protoxalate de Fer et au Phosphate de Soude Officiel
Médication ANTIANÉMIQUE

TÉLÉPHONE :

V. BORRIEN

ADRESSE TÉLÉGR. :

ÉLYSÉES 36-64 36-45

Docteur en Pharmacie

RIONCAR-PARIS-123



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitement classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

ASSURANCES SOCIALES

Frais d'internement d'un assuré social atteint d'aliénation mentale. (Suite)

Après six mois, l'assuré aliéné ne peut actuellement recevoir aucune prestation au titre des assurances sociales. Les assurés qui auront rempli les conditions fixées à l'article 11 de la loi du 30 avril 1930, à la date du début de l'état d'aliénation mentale, pourront, si cet état se prolonge au delà de six mois, bénéficier de la pension d'invalidité et des soins prévus aux articles 10 et 12 de ladite loi.

Depuis le 1^{er} avril 1931, les frais de séjour dans les asiles publics d'aliénés sont réglés sur la base du prix de journée fixé par le préfet dans les conditions prévues par l'article 69 de la loi de finances du 31 mars 1931. Les caisses d'assurance ont ainsi à régler les frais d'internement sur cette base, mais bien entendu dans les limites du tarif de responsabilité qu'elles ont établi spécialement pour ces frais, et, à défaut, du tarif de responsabilité applicable aux soins à l'hôpital public (prix de journée de médecine). La différence éventuelle entre le prix de journée de l'établissement et le tarif de la caisse et, après six mois de maladie, la totalité des frais de séjour, sont supportées soit par l'assuré, soit, s'il est indigent, par la collectivité du domicile de secours dans les conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite (article 68 de la loi de finances précitée). Il en serait de même s'il s'agissait du conjoint de l'assuré ou de ses enfants à charge, sauf en ce qui concerne l'assurance-invalidité.

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

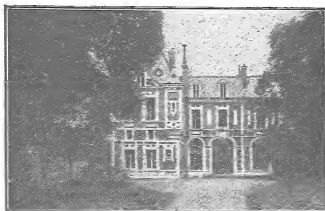
PARC

de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

Confort Moderne

CHAMBRES

avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résident
au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -:- Dir. : D^r M. de CHABERT

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

-:- Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne) -:-

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'instruction, l'éducation et le traitement des anormaux intellectuels à tous les degrés. La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un système d'éducation absolument rationnel.

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le D^r de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

BRÉVIAIRE DE L'IMPRIMEUR ET DU BIBLIOPHILE

Le texte de ce magnifique ouvrage, publié par le « *Bulletin Officiel des Maîtres Imprimeurs* », a été écrit pour les bibliophiles et les lettrés. Son titre « *Bréviaire de l'imprimeur et du bibliophile* » indique qu'il s'agit d'un livre pouvant intéresser l'ensemble des travailleurs intellectuels. Il est divisé en trois parties : 1° *Ecriture et caractères d'imprimerie* ; 2° *Panthéon des arts graphiques* ; 3° *Vocabulaire de l'imprimerie*. Ces trois chapitres très importants intéresseront les personnes que leurs travaux mettent en relations fréquentes avec les imprimeurs. Ainsi que les années précédentes, mais de façon plus complète, cet album met en valeur le grand savoir de nos meilleurs typographes. Par ses 120 compositions d'art moderne, ses 60 hors-texte en plusieurs couleurs (tous procédés d'impression) et ses 100 pages de texte disposées avec beaucoup de goût, ce bel ouvrage est un témoin de l'état actuel de l'imprimerie en France. De l'avis unanime, l'album, que nous publions chaque année, se place au tout premier rang des meilleurs ouvrages parus dans le monde entier et consacrés aux Arts du Livre.

Adresser les demandes, avec la valeur, au *Bulletin Officiel des Maîtres Imprimeurs*, 7, rue Suger, Paris, VI^e. Chèque postal : Paris 288.44. Prix : 70 fr. — Etranger : 85 fr. franco et recommandé.

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

**TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

— « **PRIX MODÉRÉS** » —

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé
l'association **Passiflore-Cratægus** et la
seule qui ne contienne aucun toxique,
soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit
chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG

1, Rue Raynouard -- PARIS

« LA SOLITUDE »

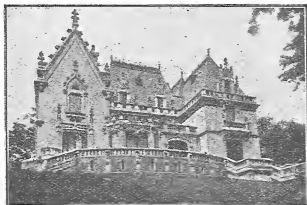
3, rue de Clamart, le Plessis-Robinson (Seine)

Téléphone : CLAMART 134

A. KLACKIN

Administrateur-
Directeur

PARC DE
5 HECTARES



D^r M. MONTASSUT

Ancien
chef de clinique
à la
Faculté de Paris
Directeur Médical

LUXUEUX
CONFORT

Un des points les plus élevés des environs de Paris (210 m.) à 6 km. de Paris
(Porte de Châtillon et de Versailles)

PSYCHONEVROSES. NEVROSES. SYNDROMES DEPRESSIFS
ET ANXIEUX

LES ÉTATS DÉLIRANTS, DÉMENTIELS ET D'EXCITATION
NE SONT PAS ADMIS



MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



LA FOLIE

AU XX^e SIÈCLE

ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE

PAR

A. RODIET

Médecin des Asiles de la Seine.

et

G. HEUYER

Médecin des Hôpitaux de Paris
Médecin adjoint de l'Infirmierie spéciale
de la Préfecture de la Seine.

L'aliénation mentale a-t-elle progressé à Paris depuis la guerre ? A-t-on découvert de nouvelles formes de psychopathies ?

Les réactions des aliénés sont-elles différentes de ce qu'elles étaient avant la guerre ? En un mot, le bouleversement social de 1914 à 1918 a-t-il modifié l'évolution de la folie ? Telle est la donnée du problème étudié dans cet ouvrage.

Un volume de 360 pages..... 40 fr.

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS-VI^e